



EU-MiCare

Training the EU Health Workforce to Improve
Migrant and Refugee Mental Health Care

EU-MiCare

Einführung

Der EU-MiCare-Kurs und sämtliches darin enthaltenes Lernmaterial wurden mit größter Sorgfalt zusammengestellt und basieren auf zuverlässigen Informationsquellen. Sofern nicht anders angegeben, sind die im Kurs enthaltenen Daten zum Stand vom 31.12.2024 korrekt und aktuell. Aktualisierungen des Lehrplans können nach diesem Datum möglicherweise nicht mehr bereitgestellt werden.



**Kofinanziert von der
Europäischen Union**

Von der Europäischen Union finanziert.

Die geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen jedoch ausschließlich denen des Autors bzw. der Autoren und spiegeln nicht zwingend die der Europäischen Union oder der Europäischen Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) wider. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden.



Diese Arbeit ist lizenziert unter einer

[Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0
International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Im Dezember 2024 redigiert vom **Babel Day Centre** im Rahmen der Syn-Eirmos NGO für soziale Solidarität, in Zusammenarbeit mit allen Projektpartnern, als Teil des Arbeitspakets Nr. 3 – The EU-MiCare Methodology and Training.

Willkommen zum EU-MiCare E-Learning-Kurs!

Dieser Kurs ist das Ergebnis einer gemeinsamen Zusammenarbeit von Partnerorganisationen aus Deutschland, Griechenland, Italien, Spanien und Zypern. Er wurde entwickelt, um Fachkräfte und Ehrenamtliche bei ihrer Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten zu unterstützen, indem er einen soliden Rahmen bietet, der sowohl auf Theorie als auch auf praktischen Anwendungen basiert. Durch die Erkundung zentraler psychosozialer Dimensionen zielt diese Schulung darauf ab, das Verständnis für Migration als eine komplexe und vielschichtige Erfahrung zu vertiefen.

Die Lage der Migrant:innen verstehen

Migration ist nicht nur das Überqueren von Grenzen; sie ist ein tiefgreifender Umbruch, der Identität, Gemeinschaft und das Gefühl von Heimat erschüttert. Menschen migrieren aus verschiedenen Gründen – einige suchen bessere Chancen, andere fliehen vor Konflikten oder Verfolgung. Jede Reise ist einzigartig, und die Erfahrungen von Migrant:innen und Geflüchteten bei ihrer Ankunft in einem neuen Land variieren stark. Der Migrationsprozess verläuft typischerweise in drei sich überschneidenden Phasen: Vor-Migration, Migration und Post-Migration, die jeweils auf unterschiedliche Weise die psychische Gesundheit beeinflussen. Besonders vulnerable Gruppen wie Frauen, Kinder, ältere Menschen und LGBTQ+ Personen stehen während ihrer Reise vor zusätzlichen Herausforderungen.

Die Anpassung an eine neue Kultur, auch als Akkulturation bekannt, kann eine große Belastung darstellen, die durch Erfahrungen von Fremdenfeindlichkeit, Rassismus und den Druck, sich anzupassen, noch verstärkt wird. Oftmals werden Menschen primär als Migrant:in identifiziert und wahrgenommen. Das kann ihre Integration erschweren und ihr Gefühl der Zugehörigkeit beeinträchtigen. Trotz dieser Herausforderungen zeigen viele Migrant:innen und Geflüchtete eine bemerkenswerte Resilienz, reagieren vielfältig und können trotz Widrigkeiten persönlich vorankommen.

Es wird zunehmend erkannt, dass psychische Erkrankungen bei Migrant:innen durch eine Kombination verschiedener Faktoren entstehen. Dazu gehören persönliche Lebensgeschichten, aktuelle Umstände, soziale Unterstützung, Zugang zu Versorgung sowie Integrationspolitik. Um diese Herausforderungen wirksam anzugehen, ist ein ganzheitlicher Ansatz notwendig, der über die reine Bereitstellung von

psychologischen oder schützenden Diensten hinausgeht. Es ist wichtig, andere zentrale Komponenten der psychosozialen Betreuung zu integrieren. Das bedeutet, Maßnahmen zu ergreifen und interdisziplinäre, mehrstufige psychosoziale Interventionen zu entwickeln, die die breiteren sozialen und systemischen Determinanten für das Wohlbefinden berücksichtigen.

Für Geflüchtete ist dabei besonders die unfreiwillige Verlust Erfahrung ihres Zuhauses ein zentrales Thema – ein gemeinsames Element für alle, die aufgrund verschiedener Umbrüche vertrieben wurden. Auch wenn sie es nicht immer offen ausdrücken, steht die Suche nach einem neuen Zuhause oft im Mittelpunkt ihrer Reise. Die Rolle von Fachkräften im Feld ist es, sie auf diesem Weg zu begleiten, ihnen Unterstützung zu bieten und sie bei der Bewältigung dieses schwierigen Übergangs zu unterstützen. Das erfordert, die eigene Komfortzone zu verlassen und sich ehrlich und respektvoll mit den Betroffenen auseinanderzusetzen, ihre volle Menschlichkeit und ihre einzigartigen Erfahrungen anzuerkennen.

Der synergetische therapeutische Komplexitätsansatz

Der Kurs basiert auf dem synergetischen therapeutischen Komplexitätsansatz (*Synergic Therapeutic Complexity Approach*), der von Renos Papadopoulos (2021) entwickelt wurde und drei zentrale Prinzipien betont:

- **Komplexität:** Anerkennung dafür, dass die Erfahrungen von Migrant:innen und Geflüchteten durch das Zusammenspiel zwischen den Individuen, den Menschen, die sie unterstützen, und dem breiteren soziopolitischen Kontext geprägt sind. Dabei wird auch berücksichtigt, dass Menschen unterschiedlich auf Widrigkeiten reagieren – ob negativ, neutral oder positiv.
- **Einzigartigkeit:** Das Verständnis, dass die Erfahrungen jeder migrierten und/oder geflüchteten Person einzigartig sind und sich kontinuierlich weiterentwickeln.
- **Ganzheitlichkeit:** Über den Status oder die Bezeichnung „Migrant:in“ oder „Geflüchtete:r“ hinauszublicken, um die volle Menschlichkeit der Personen zu würdigen und sie gleichzeitig als aktive Akteur:innen ihres eigenen Wandels anzuerkennen.

Als Fachkräfte und Ehrenamtliche, die in der Betreuung von Menschen tätig sind, die ihre Heimat verlassen haben, besteht die Aufgabe nicht nur darin, Leid zu lindern, sondern auch für mehr Offenheit und

Menschlichkeit im Umgang mit den Herausforderungen, denen sie begegnen, einzutreten. Das bedeutet, Menschen mit Mitgefühl zu begegnen, ohne Pathologisierung oder Medikalisierung überzubewerten, und sicherzustellen, dass psychosoziale Unterstützung eine würdevolle und respektvolle Reaktion auf ihre Bedürfnisse bleibt. Der synergetische Ansatz fordert zudem Fachkräfte und Ehrenamtliche dazu auf, ihre eigenen Vorurteile und Annahmen zu reflektieren, um zu erkennen, wie gesellschaftliche Narrative und professionelle Praktiken unbeabsichtigt Stereotype verstärken oder Personen auf vereinfachte Kategorien reduzieren können.

Ziele und Ergebnisse des Kurses

Der EU-MiCare E-Learning-Kurs lädt Fachkräfte und Ehrenamtliche dazu ein, sich einen menschenzentrierten, psychosozialen Rahmen für die Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten zu eigen zu machen. Durch eine Kombination aus theoretischen Grundlagen, Erfahrungsübungen, reflektierenden Aktivitäten und praktischen Instrumenten wie dem *Adversity Grid*, der *Ulysses-Skala* und dem *Rad der Macht/Privilegien* soll dieser Kurs den Teilnehmenden helfen, die verschiedenen Auswirkungen der Migration zu erkennen und darauf zu reagieren und sinnvolle Veränderungen in ihrer Arbeit voranzutreiben.

Die Teilnehmende werden folgende Kenntnisse erwerben:

- ➔ **Wissen:** Ein tieferes Verständnis der psychosozialen Dimensionen der Migration, einschließlich der besonderen Herausforderungen, mit denen Migrant:innen und Geflüchtete in den verschiedenen Phasen ihrer Reise konfrontiert sind.
- ➔ **Fertigkeiten:** Praktische Werkzeuge, um einfühlsame, effektive Unterstützung zu leisten und dabei über traumazentrierte Ansätze hinauszugehen, um das gesamte Spektrum der Reaktionen auf Widrigkeiten zu erkennen und anzugehen.
- ➔ **Haltungen:** Eine reflektierte, kulturell angepasste Perspektive, die die Komplexität, Einzigartigkeit und Ganzheitlichkeit der Erfahrungen eines jeden Menschen anerkennt.
- ➔ **Verbindungen:** Gelegenheiten, sich mit einem Netzwerk von Dienstleistern und Expert:innen aus ganz Europa zu vernetzen, um die Zusammenarbeit und das gemeinsame Lernen im Bereich der psychosozialen Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten zu fördern.

Zielgruppen

Die primären Zielgruppen des Kurses umfassen:

- Fachkräfte im Gesundheitsbereich (z. B. Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Ärzt:innen, Pflegepersonal) und andere Fachkräfte (z. B. Kulturmittler:innen, Dolmetscher:innen, Berater:innen, Betreuer:innen unbegleiteter Minderjähriger), die mit Migrant:innen und Geflüchteten in verschiedenen Settings in Europa arbeiten, wie Aufnahmezentren, gemeinnützige Organisationen, öffentliche Gesundheitszentren, Krankenhäuser und Unterkünfte.
- Anbieter:innen von Berufsausbildung und -training (VET), Entwickler:innen von VET-Programmen sowie akademische Institutionen, die den Kurs weiter nutzen und fördern werden.
- Relevante Berufsverbände, öffentliche Stellen und zivilgesellschaftliche Organisationen, die im Bereich Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten tätig sind.

Kursstruktur

Der Lehrplan wurde mit partizipativen Methoden entwickelt und berücksichtigt die Beiträge von Fachkräften aus der Praxis während des gesamten Gestaltungsprozesses. Zusätzlich wurden die Perspektiven von migrantischen und geflüchteten Erwachsenen, Familien und Kindern indirekt durch die Expertise von Partnerorganisationen vertreten, die psychische Gesundheits- und Sozialdienste für diese Zielgruppen anbieten. Der Kurs folgt einer logischen Progression von allgemeinen zu spezifischen Themen und besteht aus 4 Modulen mit insgesamt 17 Einheiten, deren detaillierte Beschreibungen unten aufgeführt sind. Die Module 2 und 3 werden in zwei separaten Varianten angeboten, um unterschiedlichen beruflichen Rollen gerecht zu werden.

Modul 1: Grundlagen der psychosozialen Betreuung im Migrationskontext

(geschätzte durchschnittliche Dauer für die Bearbeitung des Moduls: 13,5 Stunden)

- **Einheit 1.1 – Psychosoziales Wohlbefinden im Kontext der Migration:** Überblick über zentrale Konzepte, die im gesamten Curriculum auftauchen werden.
- **Einheit 1.2 – Soziale Determinanten der psychischen Gesundheit:** Die nichtmedizinischen Faktoren, die Gesundheit und psychische Gesundheit im Verlauf der Migration und in verschiedenen Phasen beeinflussen.
- **Einheit 1.3 – Risiko-, Schutz- und Resilienzfaktoren:** Faktoren, die das Wohlbefinden von migrantischen und geflüchteten Personen beeinflussen, einschließlich spezifischer Gruppen wie Frauen, ältere Erwachsene und LGBTQ+ Personen.
- **Einheit 1.4 – Psychologische Dimensionen des Migrationsprozesses:** Zentrale Theorien und Konzepte zum komplexen psychologischen Weg von migrantischen und geflüchteten Personen.
- **Einheit 1.5 – Häufige psychische Gesundheitsstörungen bei Migrant:innen und Geflüchteten:** Überblick über Epidemiologie und Erscheinungsformen psychischer Herausforderungen, mit denen diese Gruppen konfrontiert sind.

Modul 2: Kompetenzen zur Erkennung und Erfassung der psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Migrant:innen stärken

(Zwei Versionen: Fachkräfte aus dem Bereich psychischer Gesundheit, Andere)

(geschätzte durchschnittliche Dauer für die Bearbeitung des Moduls: 12,5 Stunden)

- **Einheit 2.1 – Das Zusammenspiel von Kultur und psychischer Gesundheit verstehen:** Die Beziehung zwischen Kultur und psychischer Gesundheit.
- **Einheit 2.2 – Intersektionale Perspektiven auf Migration und psychische Gesundheit:** Migration und Wohlbefinden durch die Linse der Intersektionalität.
- **Einheit 2.3 – Ansätze zur Erfassung psychischer Gesundheit bei Migrant:innen und Geflüchteten:** Überblick über kulturell sensible Ansätze zur Erkennung von psychischen Gesundheitsbedürfnissen.
- **Einheit 2.4 – Psychologische Erste Hilfe - PEH ("Psychological First Aid" - PFA):** in einer akuten Krisenphase sofortige Unterstützung leisten.

Version für Fachkräfte aus dem Bereich psychischer Gesundheit: Diese Version richtet sich an Fachkräfte, die mit klinischer Sprache vertraut sind und psychische Gesundheitschecks, Einschätzungen, Diagnosen oder Behandlungen/Therapien in ihrem jeweiligen Kontext durchführen. Dazu gehören Ärzt:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Pflegefachkräfte.

Version für andere Fachkräfteprofile und Ehrenamtliche: Diese Version ist für Fachkräfte und Ehrenamtliche gedacht, die eng mit Migrant:innen und Geflüchteten in nicht-klinischen Kontexten zusammenarbeiten, wie z. B. Kulturmittler:innen, Dolmetscher:innen, Sozialarbeiter:innen, Berater:innen, Betreuer:innen unbegleiteter Minderjähriger und Ehrenamtliche.

Modul 3: Verbesserung der Fähigkeiten im Umgang mit den psychischen Gesundheitsbedürfnissen von Migrant:innen

(Zwei Versionen: Dolmetscher:innen bzw. Kulturmittler:innen, Andere)

(geschätzte durchschnittliche Dauer für die Bearbeitung des Moduls: 13,5 Stunden)

- **Einheit 3.1 – Effektive Kommunikation:** Techniken für unterstützende und gewaltfreie Kommunikation.
- **Einheit 3.2 – Kulturelle Bewusstheit:** Das Verständnis und der Respekt vor kulturellen Unterschieden.
- **Einheit 3.3 – Zusammenarbeit für effektives Dolmetschen und kulturelle Mediation:** Grundprinzipien für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Dolmetscher:innen und Kulturmittler:innen.
- **Einheit 3.4 – Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der psychischen Gesundheit und psychosozialer Unterstützung:** Erforschung sektorübergreifender Ansätze für psychosoziale Interventionen.
- **Einheit 3.5 – Reaktion auf die besondere Situation von Kindern:** Berücksichtigung der einzigartigen Bedürfnisse junger Menschen im Kontext der Migration, einschließlich unbegleiteter Minderjähriger.

Version für Dolmetscher:innen und Kulturmittler:innen: Diese Version richtet sich an Personen, die dafür verantwortlich sind, kulturelle und sprachliche Barrieren bei der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten zu überbrücken, wie z. B. Dolmetscher:innen und Kulturmittler:innen.

Version für Andere (Fachkräfte und Ehrenamtliche): Diese Version ist für alle anderen Fachkräfte und Ehrenamtliche gedacht, die nicht in die oben genannten Profile fallen, aber dennoch mit Migrant:innen und Geflüchteten in verschiedenen Funktionen arbeiten, wie z. B. Ärzt:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter:innen, Berater:innen, Betreuer:innen unbegleiteter Minderjähriger und Ehrenamtliche.

Modul 4: Selbstfürsorge und Wohlbefinden des Personals

(geschätzte durchschnittliche Dauer für die Bearbeitung des Moduls: 9,5 Stunden)

- **Einheit 4.1 – Auswirkungen auf Fachkräfte und Ehrenamtliche in der Arbeit mit Migrant:innen:** Psychologische Folgen der Art der Arbeit.
- **Einheit 4.2 – Selbstfürsorge:** Praktische Strategien zur Erhaltung der eigenen psychischen Gesundheit.
- **Einheit 4.3 – Mitarbeitendenfürsorge:** Unterstützung des Wohlbefindens von Kolleg:innen und Teammitgliedern im organisationalen Kontext, mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse und Herausforderungen, denen Ehrenamtliche begegnen.

Obwohl für jedes Modul eine durchschnittliche geschätzte Dauer für das Lesen angegeben ist, kann die tatsächliche Zeit variieren. Daher werden die Teilnehmenden ermutigt, den eigenen Zeitbedarf für jede Einheit einzuschätzen und das Lerntempo entsprechend anzupassen. Die Module bestehen aus Texten, Videos, multimedialen Ressourcen und interaktiven Lernaktivitäten.

Bewertung und Teilnahmezertifikat

Die Bewertung erfolgt durch eine Reihe von Fragen sowie vier Fallbeispiele (Vignetten), die jeweils einem der Kursmodule zugeordnet sind. Diese Vignetten basieren auf realen Geschichten aus der Praxis und behandeln unterschiedliche Szenarien, denen Fachkräfte und Freiwillige bei ihrer Arbeit mit migrantischen und geflüchteten Menschen begegnen können.

Nach erfolgreichem Abschluss aller Fragen im Anschluss an die Module können Teilnehmenden ein Teilnahmezertifikat erhalten.

Lernwerkzeuge und Ressourcen

- **Theoretische Grundlagen:** Jede Einheit enthält eine ausführliche Literaturübersicht und Referenzen, die auf aktuelle globale Forschungen zur Betreuung von Migrant:innen und Geflüchteten basieren.
- **Reflexive Übungen:** Praktische Aktivitäten, die dazu dienen, das Verständnis zu vertiefen und die Fähigkeiten im Umgang mit der psychischen Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten zu verbessern.
- **Glossar:** Eine umfassende Ressource im *Repository*, die Definitionen wichtiger Migrationsbegriffe enthält und auf Englisch verfügbar ist.
- **Ergänzende Materialien:** Zusätzliche Werkzeuge wie Videos, Grafiken und andere hilfreiche Ressourcen, die im *Repository* zugänglich sind (nur in englischer Sprache).
- **Community of Knowledge:** Ein spezielles, unabhängig betriebenes Forum, das Lernende in ganz Europa verbindet, um Ideen auszutauschen, Einblicke zu teilen, Netzwerke aufzubauen und eine Gemeinschaft der Praxis zu entwickeln.

E-Learning-Symbole und visuelle Kennzeichnungen



Repository



Hauptpunkt



Video



Reflexionspause

mental health

Definition des Begriffs im Glossar (nur in englischer Sprache)

Abschließend...

Migration ist eine Reise, die von Komplexität und tiefgreifendem Wandel geprägt ist. Diejenigen, die Migrant:innen und Geflüchtete unterstützen, spielen eine entscheidende Rolle dabei, Einzelpersonen und Gemeinschaften dabei zu helfen, ein Gefühl von Zuhause und Zugehörigkeit wieder aufzubauen. Am Ende des Kurses werden die Teilnehmenden besser darauf vorbereitet sein, den Bedürfnissen von Migrant:innen und Geflüchteten mit Fachkompetenz und kultureller Sensibilität zu begegnen und so zu besseren Ergebnissen in ihrer Arbeit beizutragen.



EU-MiCare

Training the EU Health Workforce to Improve
Migrant and Refugee Mental Health Care

EU-MiCare Curriculum

Colophon

The EU-MiCare course and all learning material contained within have been compiled with the utmost care, based on reliable sources of information. Unless otherwise stated, the data contained in the course curriculum is accurate and up-to-date as of 31/12/2024. Updates to the curriculum may not be made available past this date.



**Co-funded by
the European Union**

Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.



This work is licensed under a
[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0
International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Redacted in January 2025 by **Babel Day Centre** / Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity, with the collaboration of all project partners, as part of Work Package n°3 – The EU-MiCare Methodology and Training Package.

Colophon

This learning curriculum was created through the collaborative efforts of a diverse team of experts and partner organizations, each contributing their knowledge, skills, and dedication to advancing accessible learning in migrant and refugee mental health.

Lead Partner of the EU-MiCare Methodology & Training Package (WP3):

- **Babel Day Centre / Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity, Greece**

Collaborating Partner Organizations:

- **Ethno-Medical Center / Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ), Germany**
- **Zadig Srl, società benefit, Italy**
- **Prolepsis Institute (Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health), Greece**
- **Cyprus University of Technology (CUT), Cyprus International Institute for Environmental and Public Health (CII), Cyprus**
- **POLIBIENESTAR – Research Institute on Social Welfare Policy, Universitat de València, Spain**

Curriculum Quality Assurance:

- **Babel Day Centre / Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity, Greece**
- **Zadig Srl, società benefit, Italy**
- **Ethno-Medical Center / Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ), Germany**

Content Experts & Researchers:

- **Nikos Gionakis**, MSc, Licensed Psychologist, Scientific Director of Babel Day Centre, Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Consultant and Trainer, Greece
- **Erofilis Dagalidi**, MSc, Licensed Psychologist, Researcher and Project Consultant, Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Expert, Babel Day Centre, Greece
- **Theodora Fetsi**, Project Consultant, Learning and Development (L&D) Coordinator, Babel Day Centre, Greece
- **Vasiliki (Vicky) Tsiligiri**, MSc, Political Scientist, Program Officer, Babel Day Centre, Greece
- **Flaminia Bartolini**, PhD, Sociologist, Project Manager, Ethno-Medical Center, Germany
- **Noemí Alcalá Alcalá**, Licensed Psychologist, Cognitive Behavioral Psychotherapist, Project Manager, Ethno-Medical Center, Germany
- **Matthias Wentzlaff-Eggebert**, Master of Management (Community Management), Community Health and NGO Management Consultant, Ethno-Medical Center, Germany
- **Eva Benelli**, Journalist, Zadig Srl, società benefit, Italy

- **Maria Rosa Valetto**, Physician, Publicist, Scientific Responsible for Learning Projects, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Valeria Confalonieri**, Publicist, Scientific Communication Specialist, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Costas Christophi**, PhD, Associate Professor of Biostatistics and Epidemiology, Adjunct Assistant Professor of Occupational and Environmental Health at Harvard T.H. Chan School of Public Health, Cyprus University of Technology, Cyprus
- **Katerina Kyprianou**, PhD(c), Researcher and Special Scientist, Cyprus University of Technology, Cyprus
- **Magda Anthousi**, MPH, Research Assistant, Cyprus University of Technology, Cyprus
- **Vasiliki (Vicky) Radaios**, MPH, Social Epidemiologist, Researcher and Project Manager, Prolepsis Institute, Greece
- **Lidia Bueno-Sánchez**, PhD, Social Worker, Researcher and Project Manager, Polibienestar, Spain
- **Ioanna Zygouri**, PhD, Psychologist, Researcher and Project Manager, Prolepsis Institute, Greece
- **Dina Zota**, MSc, PhD, Psychologist-Health Promotion Specialist, Director of Educational Strategy Development & Health Promotion, Prolepsis Institute, Greece
- **Monia Torre**, Cultural Anthropologist, Research Fellow, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Somidha Ray**, MSc, MA, Research Intern, Babel Day Centre, Greece, in collaboration with the University of Essex as part of the MA Refugee Care

Training Methodology:

- **Nikos Gionakis**
- **Theodora Fetsi**
- **Flaminia Bartolini**
- **Dina Zota**

Editorial Team:

- **Nikos Gionakis**
- **Erofilis Dagalidi**
- **Theodora Fetsi**
- **Noemí Alcalá Alcalá**
- **Katerina Kyprianou**
- **Vasiliki Radaios**

Translation & Localization:

- **Greek:** Vasiliki Radaios, Chrysa Grigoropoulou, Katerina Kyprianou, Magda Anthousi
- **German:** Noemí Alcalá Alcalá, Kübra Tuncel
- **Italian:** Valeria Confalonieri, Giulia Vismara
- **Spanish:** Lidia Bueno Sánchez

Technical Development:

- **Christian Deligant**, IT Manager and Web Editor, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Raffaella Daghini**, e-Learning Platform Specialist and Web Editor, Zadig Srl, società benefit, Italy

Steering Committee:

- **Ramazan Salman** (Ethno-Medical Center, Germany)
- **Flaminia Bartolini** (Ethno-Medical Center, Germany)
- **Eva Benelli** (Zadig S.r.l, società benefit, Italy)
- **Vasiliki (Vicky) Tsiligiri** (Babel Day Centre, Greece)
- **Dina Zota** (Prolepsis Institute, Greece)
- **Costas Christophi** (Cyprus University of Technology, Cyprus)

Special Thanks: We extend our heartfelt gratitude to all the stakeholders, including frontline providers who provided valuable feedback throughout the curriculum development process.

For more information or inquiries, please contact info@projectmicare.eu

Modul 1

Grundlagen der psychosozialen Betreuung im Migrationskontext

Inhalt verfasst von **Babel Day Centre** (Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity – Griechenland),
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V (EMZ - Deutschland), und dem **Research Institute on Social
Welfare Policy** (POLIBIENESTAR, Universität de València – Spanien),
und bearbeitet von **Babel Day Centre** (Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity – Griechenland)
Letzte Aktualisierung: Dezember 2024



Co-funded by
the European Union

Modul: Grundlagen der psychosozialen Betreuung im Migrationskontext

Verantwortliche Partner: Babel Day Centre/Syn-Eirmos, EMZ, Polibienestar

Modulübersicht

Dieses Modul bietet eine umfassende Grundlage im Bereich psychische Gesundheit und psychosoziale Betreuung für Fachkräfte und Freiwillige, die mit Migrant:innen und Geflüchteten arbeiten. Einheit 1.1 führt die Teilnehmenden in zentrale Konzepte und Rahmenbedingungen der psychischen Gesundheit ein und erörtert die Komplexität der Migrationserfahrung. Zudem wird die Rolle der Kultur bei der Gestaltung der psychischen Gesundheit beleuchtet. Einheit 1.2 behandelt die sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit und zeigt auf, wie soziale, wirtschaftliche und strukturelle Ungleichheiten sowohl die Migration als auch den Eingliederungsprozess beeinflussen. Einheit 1.3 nutzt ein sozialökologisches Modell, um zu erklären, wie verschiedene Faktoren auf individueller, familiärer, gemeinschaftlicher und struktureller Ebene die psychische Gesundheit beeinflussen. Besondere Aufmerksamkeit gilt der Resilienz, insbesondere dem Konzept der adversitätsaktivierten Entwicklung. Einheit 1.4 hebt die emotionalen Prozesse hervor, die Migrant:innen und Geflüchtete vor, während und nach der Flucht durchlaufen. Dabei wird betont, dass diese Prozesse nicht nur als Reaktionen auf Trauma, sondern auch als Teil der psychologischen Anpassung an Migration verstanden werden sollten. Einheit 1.5 untersucht detailliert die häufigsten psychischen Herausforderungen, mit denen Migrant:innen und Geflüchtete konfrontiert sind. Es wird die komplexe Wechselwirkung zwischen Migrationserfahrung und psychischer Gesundheit hervorgehoben, wobei auch Stressoren im Aufnahmeland berücksichtigt werden, die zu verschiedenen psychischen Belastungen beitragen können. Neben der Vermittlung von Wissen stattet dieses Modul die Teilnehmenden mit praktischen Strategien aus, um die vielschichtigen Erfahrungen von Migrant:innen und Geflüchteten besser zu erkennen und zu verstehen.

Lernziele des Moduls:

Nach Abschluss dieses Moduls sollten die Teilnehmenden in der Lage sein:

- Zentrale Konzepte und Rahmenbedingungen der psychosozialen Betreuung im Migrationskontext definieren.
- Die komplexe Beziehung zwischen Migration, Kultur und psychischer Gesundheit verstehen.
- Das Thema psychische Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten aus der Perspektive sozialer Determinanten statt durch eine biomedizinische oder individualistische Linse betrachten.
- Die Vielzahl an Faktoren erkennen, die die psychische Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten beeinflussen.
- Bewerten, wie strukturelle Ungleichheiten und sozioökonomische Faktoren die psychische Gesundheit während des gesamten Migrationsprozesses beeinflussen.
- in sozialökologisches Modell anwenden, um Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Migrant:innen zu verstehen.
- Wichtige fördernde und resilienzstärkende Faktoren identifizieren, die psychische Herausforderungen in Migrationskontexten abmildern können.
- Die komplexen psychosozialen Prozesse nachvollziehen, die Migrant:innen und Geflüchtete durchlaufen.
- Häufige psychische Erkrankungen in migrantischen und geflüchteten Bevölkerungsgruppen erkennen.
- Verstehen, wie Stressoren in der Aufnahmegesellschaft sowie kulturelle Faktoren die psychische Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden von Migrant:innen und Geflüchteten beeinflussen.

Einheiten in diesem Modul:

Modul 1. Grundlagen der psychosozialen Betreuung im Migrationskontext
Einheit 1.1: Psychosoziales Wohlbefinden im Kontext der Migration
Einheit 1.2: Soziale Determinanten der psychischen Gesundheit
Einheit 1.3: Risiko-, Schutz- und Resilienzfaktoren
Einheit 1.4: Psychosoziale Dimensionen des Migrationsprozesses
Einheit 1.5: Häufige psychische Gesundheitsstörungen bei Migrant:innen und Geflüchteten

Einheit 1.1: Psychosoziales Wohlbefinden im Kontext der Migration

Einheitenübersicht:

Diese Schulungseinheit untersucht zentrale Konzepte und Rahmenbedingungen für das Verständnis von psychischer Gesundheit und psychosozialem Wohlbefinden im Kontext der Migration. Sie betont die Bedeutung von Sprache und Terminologie in diesem Bereich. Die Einheit geht zudem auf die Rolle der Kultur bei der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten ein und berücksichtigt dabei verschiedene theoretische Perspektiven. Basierend auf der umfassenden Perspektive der Internationalen Organisation für Migration (IOM) auf Migration bietet die Einheit abschließend einen ganzheitlichen Einblick in die vielfältigen Lebensrealitäten von Migrant:innen.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung](#)
2. [Hauptkonzepte der psychischen Gesundheit](#)
3. [Die Bedeutung der Kultur](#)
4. [Verständnis der Lebensrealitäten von Migrant:innen](#)

1. Einführung

Internationale Migration ist ein komplexes Phänomen, dessen Ausmaß und Komplexität in den kommenden Jahren voraussichtlich zunehmen werden. Im Jahr 2020 gab es weltweit etwa 1 Milliarde Migrant:innen, was etwa einem von acht Menschen der globalen Bevölkerung entspricht [1]. Migrant:innen und Geflüchtete stellen eine vielfältige und heterogene Gruppe dar, die aus unterschiedlichen Gründen ihre gewohnten Wohnorte verlässt. Ihre Umstände können das Entkommen vor Konflikten oder Gewalt, die Suche nach besseren finanziellen Möglichkeiten, die Wiedervereinigung mit der Familie oder der Zugang zu Bildung umfassen, um nur einige zu nennen.

Migrationsreisen sind sehr unterschiedlich und reichen von kurzen und einfachen bis hin zu langen und gefährlichen Wegen, die mit Risiken wie Menschenhandel und der Abfangung durch Behörden verbunden sein können. Sobald sie in einem anderen Land ankommen, kann ihre Erfahrung durch ihren rechtlichen Status, das politische Umfeld und Aspekte wie Unterkunft, Gesundheitsversorgung und Beschäftigung geprägt werden [1-3].

In den letzten Jahren hat Europa einen signifikanten Anstieg von Migrant:innen erlebt, die auf der Suche nach einem neuen Anfang sind. Im Jahr 2022 erhielten fast 3,5 Millionen Menschen ihre ersten Aufenthaltserlaubnisse in der EU, hauptsächlich aus Gründen der Arbeit, Familienzusammenführung und Bildung [4]. Im Jahr 2023 stellten über eine Million Menschen einen Asylantrag, was einen Anstieg von 18 % im Vergleich zum Vorjahr und einen Anstieg von 62 % im Vergleich zum Niveau vor der Pandemie im Jahr 2019 markiert [5]. Länder wie Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien und Griechenland sind zu wichtigen Zielen für die Migration geworden. Laut Daten des Flüchtlingshilfswerks der Vereinten Nationen (UNHCR) beherbergte Europa, einschließlich der Türkei, bis Ende 2023 etwa ein Drittel aller Geflüchteten weltweit [6]; die Zahl der Geflüchteten stieg von 12,4 Millionen Ende 2022 auf 13 Millionen Ende 2023, hauptsächlich aufgrund des anhaltenden Zuzugs von Geflüchteten aus der Ukraine.

Diese dynamische Migrationslandschaft bedeutet, dass **Gesundheitsfachkräfte** (einschließlich Psychologen, Psychiatern, Sozialarbeitern, Ärzten, Krankenschwestern, Beratern und anderen) **zunehmend in einer multikulturellen Welt arbeiten**. Kulturelle Unterschiede und strukturelle Faktoren haben einen erheblichen Einfluss darauf, wie die Betreuung von Migrant:innen und Geflüchteten angegangen und bereitgestellt wird [2]. **Das Verständnis der Komplexität, Einzigartigkeit und Gesamtheit der Migrationserfahrung ist entscheidend nicht nur für das Wohlbefinden der Migrant:innen selbst, sondern auch für die Gesellschaften, in die sie aufgenommen werden** [7].

Diese Einheit soll eine Grundlage für einige zentrale Definitionen und konzeptionelle Fragestellungen im Umgang mit psychischer Gesundheit und psychosozialen Wohlbefinden im Kontext der Migration bieten. Sie baut auf dem übergeordneten Prinzip auf, dass die **psychische Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten** nicht nur das Fehlen von psychischen Störungen bedeutet, sondern **eng mit der Achtung ihrer grundlegenden Rechte, der Förderung ihrer Würde in administrativen Prozessen und der**

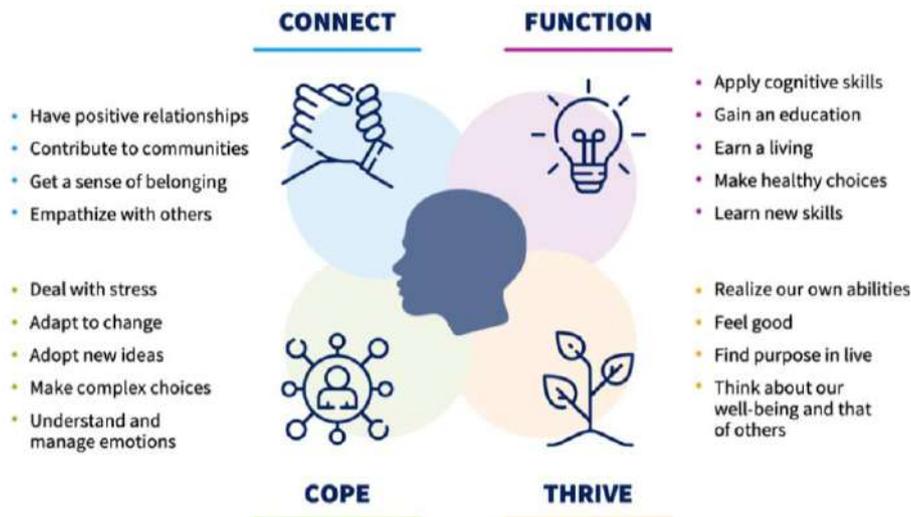
Anerkennung der Beiträge verbunden ist, die sie in ihre aufnehmenden Gemeinschaften einbringen können.

2. Hauptkonzepte der psychischen Gesundheit

Psychische Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bietet eine umfassende Definition von **psychischer Gesundheit** („*mental health*“) als *“ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre eigenen Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen und produktiv arbeiten kann sowie in der Lage ist, einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten”* [8]. Diese Definition **betont die ganzheitliche Natur** der psychischen Gesundheit, die **emotionales, psychologisches und soziales Wohlbefinden** umfasst. Sie hebt auch die Bedeutung der **Anpassungsfähigkeit** und **effektiver Funktionsweise** hervor, die beide entscheidend sind, um die Herausforderungen zu bewältigen, die oft mit der Migration verbunden sind. **Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit.** Mit anderen Worten, **psychische Gesundheit ist ein grundlegender Aspekt unseres Lebens; sie beeinflusst immer unsere Fähigkeit, zu verbinden, zu funktionieren, zu bewältigen und zu gedeihen**, auch wenn wir uns dessen nicht bewusst sind (siehe Abbildung 1.1.1) [9].

Abbildung 1.1.1. „Psychische Gesundheit hat einen intrinsischen und instrumentellen Wert, der uns hilft, zu verbinden, zu funktionieren, zu bewältigen und zu gedeihen.“



Hinweis: Grafik entnommen aus dem [Weltgesundheitsbericht](#) 2022 der Weltgesundheitsorganisation, S. 11, Genf.

Psychische Gesundheit existiert auf einem komplexen Kontinuum, das von einem optimalen Zustand des Wohlbefindens bis hin zu schweren Zuständen emotionalen Leidens und Beeinträchtigungen reicht. **Sie ist nicht nur das Fehlen von psychischen Störungen, sondern ein dynamischer Zustand, der von einer Vielzahl individueller, sozialer und struktureller Faktoren beeinflusst wird.** Unsere psychische Gesundheit kann **als Reaktion auf sich ändernde Lebenssituationen und Stressfaktoren schwanken**, wobei unterschiedliche Erfahrungen unterschiedliche Schwierigkeitsgrade und Belastungen mit sich bringen [9]. Zum Beispiel können Zustände wie Depression und Angst von leichten Episoden und sehr kurzen Phasen bis hin zu längeren Perioden reichen, die stark beeinträchtigend sein können. Wichtig ist, dass Menschen, die mit psychischen Gesundheitsproblemen zu kämpfen haben, dennoch ein hohes Wohlbefindensniveau erreichen können, genauso wie jemand mit einer körperlichen Gesundheitsstörung körperlich fit sein kann. Das Verständnis von psychischer Gesundheit als Kontinuum ist entscheidend, **um die vielfältige und fließende Natur der Reaktionen von Migrant:innen und Geflüchteten auf Widrigkeiten zu erkennen und von binären Vorstellungen abzukommen, dass Menschen entweder psychisch gesund oder krank sind** [7].

Psychosoziales Wohlbefinden

Psychosoziales Wohlbefinden („psychosocial well-being“) ist ein modernes Konzept, das im Kontext komplexer und multidimensionaler Probleme wie Konflikten, Naturkatastrophen oder Vertreibung entstanden ist. Es bezieht sich im Wesentlichen auf das **dynamische Zusammenspiel zwischen individuellen psychologischen Prozessen und dem sozialen Umfeld** [10]. Im Bereich der Betreuung von Migrant:innen und Geflüchteten wird der Begriff „psychosozial“ oft als besser geeignet angesehen, um die Reaktionen von Menschen auf Widrigkeiten zu beschreiben. Dies liegt daran, dass er das biomedizinische Gesundheitsmodell herausfordert, bei dem der Fokus häufig auf biologischen Faktoren liegt, während psychologische, umweltbedingte und soziale Einflüsse oft ausgeklammert werden [11].

Wie in den kommenden Einheiten weiter ausgeführt wird, können **psychologische und emotionale Erfahrungen nicht immer nur durch biologische Faktoren erklärt werden**. Die psychosoziale Perspektive versucht, **den kombinierten Einfluss von drei Hauptaspekten zu verstehen, die für eine Person relevant sind: (i) intrapsychische Aspekte**, die sich auf psychologische Erfahrungen innerhalb einer Person beziehen (wie Gefühle, Ängste, Hoffnungen und Wünsche); **(ii) interpersonelle Aspekte**, die sich auf die Interaktionen mit anderen und die Realitäten und Emotionen, die diese mit sich bringen, beziehen; und **(iii) sozial-politische Aspekte**, die sich auf den breiteren sozialen und kulturellen Kontext beziehen, der diese Interaktionen beeinflusst [7].

© **Hauptpunkt:** Was ist MHPSS?

Der zusammengesetzte Begriff **Psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung („Mental Health and Psychosocial Support“ - MHPSS)** wird häufig verwendet, um **jede Art von Unterstützung zu beschreiben, die darauf abzielt, das psychosoziale Wohlbefinden zu schützen oder zu fördern und/oder psychische Gesundheitsstörungen zu verhindern oder zu behandeln** [12]. MHPSS umfasst eine Vielzahl von Aktivitäten und Interventionen, die darauf ausgelegt sind, die psychologischen und sozialen Bedürfnisse von Einzelpersonen und Gemeinschaften zu adressieren, die von Krisen betroffen sind. Der Begriff hebt die **Wechselwirkung zwischen psychischer Gesundheit (den psychologischen Aspekten) und psychosozialem Wohlbefinden (den sozialen**

Aspekten) hervor und fordert eine umfassende Reaktion, um die Bedürfnisse der betroffenen Bevölkerungsgruppen zu unterstützen. MHPSS-Interventionen können Beratung, Gemeinschaftsunterstützungsprogramme, Stressbewältigungsaktivitäten und Bemühungen um soziale Netzwerke und Gemeinschaftsstrukturen wieder aufzubauen.

Obwohl eng miteinander verbunden, spiegeln „psychische Gesundheit“ und „psychosoziale Unterstützung“ oft unterschiedliche, aber komplementäre Ansätze für Fachkräfte vor Ort wider [12]. Wie oben dargelegt, beinhaltet der psychosoziale Ansatz ein relationales, mehrdimensionales Denken, das Menschen als relationale Wesen betrachtet; in dieser Sichtweise ist die menschliche Erfahrung untrennbar mit Beziehungen zu sich selbst, anderen und der Welt verbunden. **Stress entsteht, wenn diese Beziehungen gestört werden.** Daher zielen PGPU-Interventionen darauf ab, Einzelpersonen und Gemeinschaften zu **helfen, diese Brüche zu verarbeiten und auf eine kohärentere Erfahrung von sich selbst und ihrer Umgebung hinzuwirken** [7].

→ [VIDEO: Was ist MHPSS? \(Video auf Englisch\)](#) 

3. Die Bedeutung der Kultur

Kultur („Culture“) ist ein komplexes Konstrukt; im Laufe der Jahre gab es innerhalb der wissenschaftlichen Gemeinschaft beträchtliche Debatten über ihre genaue Definition [13]. Für unsere Zwecke hier übernehmen wir die weit gefasste Perspektive der Internationalen Organisation für Migration (IOM) [14]. Kultur wird als ein **System von gemeinsamen Überzeugungen, Symbolen, Verhaltensweisen, Werten und Bräuchen verstanden, die Mitglieder einer Gesellschaft verwenden, um ihre Welt zu begreifen und miteinander zu interagieren.** Diese Elemente werden über Generationen hinweg weitergegeben und tragen dazu bei, eine einzigartige und kohärente Gemeinschaftsidentität zu schaffen. Menschen aus einer gemeinsamen Kultur fühlen sich oft miteinander verbunden, während sie sich gleichzeitig von anderen Gruppen unterscheidend wahrnehmen.

Kultur kann nicht als ein geschlossenes System verstanden werden. Sie existiert selten als perfekte Kombination einer Sprache und Religion innerhalb einer einzigen sozialen Gruppe in einem bestimmten Territorium. Kultur ist nicht statisch oder universell; sie entwickelt sich im Laufe der Zeit und entsteht oft

aus dem Zusammenspiel von Subkulturen, die jeweils ihre eigenen Merkmale aufweisen. Zum Beispiel können ein 70- Jähriger und ein 17-Jähriger eine Kultur teilen, während sie gleichzeitig verschiedenen Subkulturen innerhalb dieser Kultur angehören. Subkulturen ermöglichen gegenseitige Anerkennung und gemeinsame Interessen unter Menschen, selbst wenn sie unterschiedlichen ethnischen/rassistischen Gruppen angehören, wie zum Beispiel Migrant:innen und Mitglieder der Gastgemeinschaften, die eine subkulturelle Identität teilen (z. B. Individuen, die sich aufgrund derselben Religion, derselben Musikrichtung oder ihrer LGBTQI+-Identität miteinander verbinden) [14].

Kultur umfasst sowohl greifbare als auch immaterielle Elemente, die **schützende, wiederherstellende und transformierende Unterstützung für Einzelpersonen und Gemeinschaften bieten können**. Sie fördert Teilnahme, Kontinuität, Akzeptanz, Resilienz und positive soziale Interaktionen [14]. Das Verständnis von Kultur ist entscheidend, um die psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Migrant:innen und Geflüchteten effektiv zu adressieren, da **kulturelle Unterschiede die Art und Weise beeinflussen, wie wir miteinander interagieren**.

→ [VIDEO: Was ist Kultur? \(Video auf Englisch\)](#) 

© **Hauptpunkt: Theoretische Perspektiven auf Kultur**

In der Kulturtheorie gibt es zwei Hauptströmungen von Kulturdefinitionen [13]:

- ◆ **Kultur als statisches Konzept:** Diese Perspektive betrachtet Kultur als einen homogenen Einfluss auf alle Individuen innerhalb einer Gesellschaft, der Verhaltensweisen und Reaktionen einheitlich prägt. Die Arbeit von Prof. Geert Hofstede, die Kultur in sechs Dimensionen unterteilt, bleibt einflussreich, um verschiedene kulturelle Aspekte zu verstehen und Situationen in festen Kategorien zu konzipieren, was hilfreich sein kann, um unbekannte oder mehrdeutige Kontexte zu navigieren. Laut Hofstede ist Kultur „eine Software des Geistes“ und jede Person trägt „Denkmuster, Gefühle und potenzielles Handeln in sich, die sie ihr Leben lang erlernt hat“ [15]. Im Kontext der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten impliziert diese Perspektive, dass Kultur zu einem definierenden Aspekt der individuellen Identität wird, der das Verhalten und die Reaktionen der Menschen beeinflusst.

- ◆ **Kultur als flüssiges Konzept:** Diese Perspektive betrachtet Kultur als einen dynamischen Prozess, der durch „intersubjektive, vielschichtige Wertesysteme“ gekennzeichnet ist, die die gelebte Realität von Gemeinschaften prägen. Dieses Verständnis stammt größtenteils aus der Arbeit des Anthropologen Clifford Geertz, der die sich entwickelnde Natur der Kultur als eine Mischung aus Traditionen und zeitgenössischen gemeinsamen menschlichen Erfahrungen skizzierte, wodurch ein „Netz von Bedeutung“ entsteht, das die individuelle Identität definiert [16]. Zum Beispiel stellt die schnelle Entwicklung von Technologie in der dominanten amerikanischen Kultur eine gemeinsame zeitgenössische Erfahrung dar. Im Gegensatz dazu spiegeln tief verwurzelte Werte wie Individualismus, Freiheit und Selbstbestimmung (die über die Zeit relativ unverändert bleiben) kulturelle Traditionen wider. Der Begriff der Kultur als flüssig impliziert, dass sie „ein aktiver Prozess der Bedeutungsbildung“ ist [17]: Kultur ist keine eigenständige Einheit – vielmehr **schaffen Menschen Kultur**, die sich ständig auf subtile und auffällige Weise verändert.

4. Verständnis der Lebensrealitäten von Migrant:innen

Definition(en) der Migration

Im Allgemeinen wird **Migration** als **die Bewegung von Menschen von einem Ort zu einem anderen** definiert, die sowohl **temporär als auch dauerhaft** sein kann. Diese Bewegungen werden häufig durch verschiedene Faktoren wie wirtschaftliche Möglichkeiten, Konflikte oder Umweltveränderungen motiviert. Die Auswirkungen der Migration beschränken sich nicht nur auf die physische Verlagerung, sondern erstrecken sich auch auf die **sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Dynamiken sowohl der Herkunfts- als auch der Zielgemeinschaften** [18]. Auf internationaler Ebene **gibt es keine einheitliche Definition des Begriffs ‚Migrant‘**; die Definitionen variieren erheblich je nach rechtlichem, administrativem, forschungs- und statistischem Kontext [19,20]. Während die Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 eine rechtliche Definition des Begriffs ‚Flüchtling‘ liefert [21], fehlt eine einheitliche Definition des Begriffs ‚Migrant‘, was weiterhin Anlass zu Diskussionen gibt. Diese Variabilität ist mehr als nur eine semantische Frage; sie erschwert Forschung und Politik, da unterschiedliche Definitionen von „Menschen auf der Flucht“ unser Verständnis ihrer Erfahrungen sowie ihrer Rechte und des Zugangs zu Dienstleistungen beeinflussen [20,22,23].

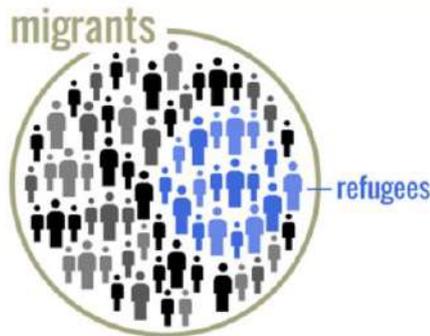
Laut der Internationalen Organisation für Migration (IOM) ist ein **Migrant** „jede Person, die sich über eine internationale Grenze oder innerhalb eines Staates bewegt oder bewegt hat, weg von ihrem gewohnten Aufenthaltsort, unabhängig vom rechtlichen Status der Person, ob die Bewegung freiwillig oder unfreiwillig ist, was die Ursachen für die Bewegung sind oder wie lange der Aufenthalt dauert“ [20]. In dieser breiten Definition wird der Begriff „Migrant“ als **Oberbegriff** verwendet und repräsentiert **Gruppen von Menschen, die unterschiedliche Rechte genießen und unterschiedliche Lebenswege haben**. Dieser Begriff hat jedoch erhebliche Kritik auf sich gezogen, insbesondere von UNHCR, das argumentiert, dass die Einbeziehung von Geflüchteten unter diese Definition sie möglicherweise mit negativen Wahrnehmungen von Migrant:innen in Verbindung bringen könnte und ihre besonderen Rechte, auf die sie nach internationalem Recht Anspruch haben, untergräbt [22].

© **Hauptpunkt:** Eine Anmerkung zur Terminologie

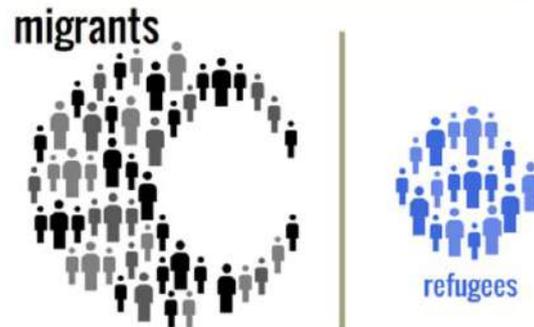
Was bedeutet „Migrant“? Laut Jørgen Carling, Forschungsprofessor am Peace Research Institute Oslo (PRIO) [23], stehen im Mittelpunkt dieses Themas zwei verschiedene Perspektiven:

- ◆ **Die inklusivistische Perspektive**, die von der IOM vertreten wird, betrachtet Migrant:innen als Personen, die ihren gewöhnlichen Wohnsitz verlassen haben, unabhängig von ihrem rechtlichen Status (dokumentiert oder undokumentiert) oder den Beweggründen für ihre Migration. Diese Sichtweise umfasst Geflüchtete, ausländische Arbeitskräfte, Überlebende des Menschenhandels und internationale Studierende. Daher wird argumentiert, dass „Migrant:innen“ eine breite Kategorie bilden, innerhalb derer Geflüchtete eine spezifische Unterkategorie darstellen.
- ◆ **Die residualistische Perspektive**, die vom UNHCR vertreten wird, betrachtet Migrant:innen als Personen, die aus anderen Gründen als der Flucht vor Konflikten migriert sind, und schließt daher Geflüchtete aus ihrer Definition aus. Nach dieser Auffassung „entscheiden sich Migrant:innen für die Migration nicht aufgrund einer direkten Bedrohung durch Verfolgung oder Tod, sondern hauptsächlich, um ihr Leben zu verbessern – etwa durch die Suche nach Arbeit oder in einigen Fällen durch Bildung, Familienzusammenführung oder andere Gründe“ [22].

Inclusivist definition of migrants



Residualist definition of migrants



Hinweis: Grafik entnommen aus der Informationsquelle meaningofmigrants.org, 2017, Prof. Jørgen Carling, Oslo

Trotz unterschiedlicher Perspektiven erkennen beide Ansichten an, dass die Begriffe „Migrant“ und „Geflücht“ nicht austauschbar sind. Weitere Informationen finden Sie in der einseitigen Übersicht [hier](#). Dieses Dokument wurde außerdem im  **Repository** zur weiteren Überprüfung aufgenommen (siehe Modul 1, „Useful Resources“).

Dieser Kurs versucht, beide Ansätze in Einklang zu bringen: Während er sich stärker an der inklusiven Definition der IOM für Menschen in Bewegung orientiert, erkennen wir auch an, dass Personen, die schwere Formen von Notlagen wie Gewalt und Verfolgung überlebt haben, besonderen Herausforderungen gegenüberstehen, insbesondere im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit. Zudem muss beachtet werden, dass viele Migrant:innen nur begrenzte oder gar keine Wahl haben zu migrieren – oft aufgrund von Umständen, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen, anstatt aus persönlicher Präferenz. Daher sollte der Begriff „Wirtschaftsmigrant“ vermieden werden. Alle Migrant:innen, unabhängig von ihrem Status, haben grundlegende Menschenrechte in ihren Herkunfts-, Transit- und Zielländern, einschließlich des Rechts auf Leben, Gesundheit, körperliche Unversehrtheit, Nichtdiskriminierung und Arbeitsrechte [24].

Phasen der Migration

Die IOM betrachtet Migration als ein **Kontinuum, das sich über mehrere Dimensionen erstreckt**, beginnend bereits vor der Ankunft der Migrant:innen im Aufnahmeland und weit über ihre erste Ansiedlung hinaus. Jede Migrationsgeschichte ist einzigartig, mit unterschiedlichen Gründen und Wegen

der Migration [25]. Der folgende Abschnitt untersucht das IOM-Rahmenwerk zu den verschiedenen Phasen des Migrationsprozesses sowie die spezifischen Herausforderungen, die in jeder dieser Phasen auftreten können [26].

Phasen der Migration	
<p>Vorphase: vor der Abreise (Vorbereitung und Entscheidungsfindung im Hinblick auf die Migration)</p>	<p>Jeder Migrationsprozess verläuft unterschiedlich, abhängig davon, ob die Migration über regulierte oder irreguläre Wege erfolgt. Manche Menschen haben ausreichend Zeit zur Vorbereitung und können die spezifischen Dokumentationsanforderungen ihres Herkunfts- und/oder Ziellandes erfüllen (z. B. Pässe, Visa, Arbeitsverträge, finanzielle Nachweise, Gesundheitsuntersuchungen). Für andere hingegen kann die Phase vor der Abreise durch unvorhersehbare äußere Ereignisse stark verkürzt werden. Personen, die über nicht regulierte Wege migrieren, müssen selbst entscheiden, wie sie den Prozess beginnen, wobei sie die damit verbundenen Risiken abwägen (z. B. die Nutzung eines Touristenvisums, das Überqueren von Grenzen ohne Begleitung oder die Inanspruchnahme eines Schleusers). In beiden Fällen ist finanzielle Vorbereitung essenziell und kann mehrere Jahre in Anspruch nehmen.</p>
<p>Transitphase (Physische Verlagerung vom Herkunftsland zum beabsichtigten Zielort)</p>	<p>Dies kann eine direkte Reise vom Herkunftsland zum Zielland sein oder mehrere Zwischenstopps im In- und Ausland beinhalten. Im Falle von Vertreibungen müssen Menschen möglicherweise sofort nach dem Ausbruch eines Konflikts, einer Naturkatastrophe oder anderen dringenden Umständen fliehen. Wenn die Durchreise gestaffelt ist, entscheiden sich Einzelne möglicherweise, vorübergehend an jedem Halt zu bleiben, um sich auf das endgültige Ziel vorzubereiten (z. B. um praktische oder bürokratische Angelegenheiten zu regeln, um ihre Chancen zu erhöhen, im Zielland zu bleiben) oder weil sie aufgrund finanzieller Einschränkungen oder Grenzbarrieren dazu gezwungen sind. Dies kann dazu führen, dass Menschen in Transitländern gestrandet sind, ohne in ihre Heimat zurückkehren oder ihr Ziel erreichen zu können, ohne regulierten Status oder Zugang zu Möglichkeiten. Die IOM bezeichnet Menschen in dieser Situation als „gestrandete Migrant:innen“ („stranded migrants“).</p>
<p>Ankunftsphase (Ankunft im Zielland / Durchreise per Luft, See oder Land)</p>	<p>Migrant:innen, die über regulierte Kanäle reisen, werden in der Regel an den Grenzkontrollpunkten überprüft und benötigen möglicherweise ein Visum, es sei denn, sie sind davon befreit. Personen, die beim Versuch einer irregulären Einreise erwischt werden, unterliegen Verfahren, um zu bestimmen, ob ihnen die Einreise verweigert werden soll. Ihnen kann eine freiwillige Rückkehr angeboten oder sie können in Ausweisungsverfahren verwickelt werden, wenn sie nach der Einreise festgenommen werden. Die Dauer dieser Prozesse variiert aufgrund systemischer Probleme wie Rückständen bei den Fällen, Schwierigkeiten bei der Organisation einer rechtlichen Vertretung und der Komplexität individueller Fälle. Die Ankunftsphase ist entscheidend, da das Vorhandensein der erforderlichen Dokumentation die weiteren Schritte im Migrationsprozess erheblich beeinflussen kann.</p>

<p>Aufenthalt (Zulassung und Aufenthalt im Zielland/Durchreiseland für einen bestimmten oder unbestimmten Zeitraum)</p>	<p>Die Zulassung in ein Land ist in der Regel vorübergehend, kann jedoch manchmal zu einer permanenten Aufenthaltsgenehmigung führen. Während des Aufenthalts müssen Migrant:innen die Gesetze und Visabestimmungen einhalten, einschließlich der Aufrechterhaltung eines Arbeitsverhältnisses, wenn sie ein Arbeitsvisum besitzen. Staaten sind verpflichtet, die Menschenrechte aller ausländischen Staatsangehörigen zu schützen, wobei Migrant:innen, die über regulierte Kanäle reisen, zusätzliche Rechte gemäß internationalem und nationalem Recht haben. Staaten sind auch nach internationalem Recht verpflichtet, Personen, die über irreguläre Kanäle einreisen, zu gestatten, zu bleiben und ihren Status zu regulieren, indem sie dem Prinzip des <i>Non-Refoulement</i> folgen. Dieses Prinzip verbietet es, Geflüchtete, Asylsuchende oder Personen, die schwerwiegenden Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt sind, in gefährliche Situationen zurückzuführen.</p>
<p>Zirkuläre Migration (wiederholte Bewegung von Menschen zwischen zwei oder mehr Ländern) und Rückkehr (Rückkehr von Migrant:innen in ihre Heimatgesellschaft)</p>	<p>Einige Personen kehren nie an ihren Herkunftsort zurück, während andere dies tun, entweder freiwillig oder unfreiwillig. Rückkehr kann in drei Kategorien unterteilt werden: (1) freiwillige Rückkehr (Erfolg): erreichte Ziele wie Arbeit oder Bildung im Ausland; (2) freiwillige Rückkehr (wahrgenommener Misserfolg): Rückkehr aufgrund der Unfähigkeit, die Ziele zu erreichen, oft eine komplexe Entscheidung, die von Faktoren beeinflusst wird, die der ursprünglichen Migrationsentscheidung ähneln; (3) gezwungene Rückkehr: Unfähigkeit, den rechtlichen Status im Aufnahmeland oder Transitland aufrechtzuerhalten. Die Umstände der Rückkehr sind ein entscheidender Aspekt der endgültigen Entscheidung und der Aktivierung spezifischer Maßnahmen. Im Falle einer Abschiebung können betroffene Personen Unterstützung für freiwillige Rückkehr- und Reintegration-Programme in ihrem Herkunftsland suchen. In jedem Fall kann jede Rückkehr als ein neuer Migrationsprozess erlebt werden.</p>
<p>Nachhaltige Integration (gemeinsame Anpassung zwischen Migrant:innen und den Gesellschaften, in denen sie leben) und Reintegration (Wiedereingliederung zurückkehrender Migrant:innen in ihre Heimatgesellschaft)</p>	<p>Wie in späteren Einheiten erörtert wird, hängt die Erfahrung von Integration und/oder Reintegration erheblich von Faktoren in der sozialen Ökologie der Person ab, wie zum Beispiel Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, finanzielle Ressourcen, Sprachkenntnisse, Alphabetisierung usw. In dieser Phase können soziale und kulturelle Regeln sowie neue Rollen erlernt werden. Nachhaltige Integration und/oder Reintegration wird typischerweise mit der Erreichung wirtschaftlicher Selbstgenügsamkeit, sozialer Stabilität und psychosozialen Wohlbefindens in Verbindung gebracht, was den Einzelnen dabei unterstützen kann, mit potenziellen destabilisierenden Faktoren im Zusammenhang mit Migration oder der Rückkehr in ihr Heimatland umzugehen. Der Umfang des gemeinsamen Raums und der sozialen Interaktion zwischen Gastgeber- und migrantischen Gemeinschaften ist entscheidend für die Erreichung von Nachhaltigkeit. Letztendlich hängt der langfristige Erfolg von Integration und/oder Reintegration nicht nur von den Migrant:innen selbst ab, sondern auch von politischen Entscheidungen auf individueller, gemeinschaftlicher und struktureller Ebene, einschließlich derjenigen, die Migration, Beschäftigung, Gesundheit, Gesellschaft, Wohnen und die Umwelt betreffen.</p>

Fluchterfahrungen

Der Begriff „Flüchtling“ („Refugee“) stammt aus den 1680er Jahren.¹ Er kommt vom französischen Wort „réfugié“, was „jemand, der in ein Zufluchtsort oder einen sicheren Ort flieht“ bedeutet, und leitet sich wiederum vom lateinischen „re-“ (zurück) und „fugere“ (fliehen) ab. Das Wort impliziert das **Fliehen vor Gefahr, Verfolgung oder politischer Unruhe** [27]. Das UNHCR definiert einen **Geflüchtete („Refugee“)** als eine Person, die „gezwungen ist, ihr eigenes Land zu verlassen und in einem anderen Land Sicherheit zu suchen. Sie kann nicht in ihr Heimatland zurückkehren, weil sie aufgrund von befürchteter Verfolgung aufgrund ihrer Identität, ihrer Überzeugungen oder Aussagen oder aufgrund von bewaffneten Konflikten, Gewalt oder schwerer öffentlicher Unordnung gefährdet ist“ [28]. Dies entspricht Artikel 1 des Flüchtlingsübereinkommens von 1951 – einem historischen internationalen Vertrag, der als Reaktion auf die massenhafte Vertreibung von Menschen nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelt wurde. Ziel des Übereinkommens ist es, einen konsistenten und gerechten Ansatz zum Schutz von Geflüchteten bereitzustellen [21].

Aber was bedeutet es, seine Heimat zu fliehen? Ein Konzept, das das **breite Spektrum der Erfahrungen verdeutlicht, die mit der schwierigen Entscheidung, zu fliehen**, verbunden sind, ist das die „*involuntary dislocation*“ [7,29]. *Involuntary dislocation* bezieht sich auf die Erfahrung von Individuen, die gezwungen sind, ihre Heimat aufgrund verschiedener Umwälzungen zu verlassen, die ihre Lebensbedingungen **unsicher oder untragbar** machen.

Im Gegensatz zu Begriffen wie „gezwungene Migration“ oder **„Vertreibung“ („displacement“)**, die tendenziell den physischen Akt des Umziehens (oder des gezwungenen Umziehens) von einem Ort zum anderen in den Mittelpunkt stellen, adressiert **die involuntary dislocation die übergeordnete Erfahrung von Verlust und Störung bei den Menschen, die aus den verschiedenen Kontexten gerissen werden, die mit dem Gefühl von Heimat verbunden sind**. Sie kann aus einer Vielzahl von negativen Ereignissen und

¹ Heute wird im Deutschen zunehmend der Begriff **„Geflüchtete“** verwendet, um eine gendergerechte und respektvolle Sprache zu fördern.

auslösenden Situationen resultieren, wie zum Beispiel politischen Unruhen, militärischen Konflikten, Naturkatastrophen, Klimawandel oder sozialer Marginalisierung.

© **Hauptpunkt: Involuntary Dislocation**

Das Konzept der „**involuntary dislocation**“ wurde erstmals von Prof. Renos Papadopoulos, Gründer und Direktor des Center for Trauma, Asylum and Refugees (CTAR) an der University of Essex, eingeführt. Es umfasst zwei zentrale Aspekte: (i) die **anfängliche emotionale Trennung** von der eigenen Heimat (einschließlich der emotionalen, familiären, kulturellen, sozialen, ethnischen, sprachlichen und spirituellen Dimensionen eines Zuhauses) und (ii) die **anschließende physische und geografische Bewegung weg von diesem Ort**. Es erfasst daher sowohl die emotionalen/psychologischen (inneren) als auch die physischen (äußeren) Aspekte des Entwurzelns [7,29]. Im Wesentlichen deutet es darauf hin, dass Menschen:

- aufgrund verschiedener Schwierigkeiten und ungünstiger Umstände gezwungen wurden, ihre Heimat nicht mehr als sicher oder bewohnbar zu empfinden;
- gezwungen sind, ihre Heimat aufzugeben, um neue Lebensorte zu suchen;
- wenn sie eine echte Wahl gehabt hätten, wären sie nicht aus ihrer Heimat geflüchtet.

Es sollte beachtet werden, dass der Begriff „**involuntary dislocation**“ **keine spezifischen rechtlichen, psychiatrischen, psychologischen, soziologischen oder anderen technischen Konnotationen trägt** und nicht mit anderen Fachbegriffen aus akademischen oder professionellen Bereichen in Verbindung gebracht werden sollte. Vielmehr **soll er die menschliche Erfahrung der Ereignisse beschreiben, auf die er sich bezieht**. Er impliziert auch keine bestimmten Ursachen oder Auswirkungen der Entwurzelung, wie zum Beispiel, wie schlimm sie war, wie lange sie dauerte, welche Lebensbereiche betroffen waren und so weiter.

 **Reflexionspause:** *Nehmen Sie sich Zeit für persönliche Reflexion*

Erinnern Sie sich an eine Zeit, in der Sie sich bewusst wurden, dass Sie sich von anderen Menschen unterschieden haben, und überlegen Sie, wie Sie mit dieser Situation umgegangen sind. Vielleicht haben Sie ein anderes Land besucht und konnten die Sprache nicht sprechen oder lesen – wie haben Sie diese Situation gemeistert?

Quelle: culturallyconnected.ca

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] World Health Organization (2023). [Essential knowledge – health and migration](#). Retrieved June 2, 2024 from WHO's website.
- [2] World Health Organization (2023). [Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care](#) (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series). Geneva: WHO.
- [3] Office of the High Commissioner for Human Rights. (2012). [Migration and human rights: Improving human rights-based governance of international migration](#). New York: United Nations.
- [4] Eurostat (2023). [Residence permits - Statistics on first permits issued during the year](#). Retrieved June 2, 2024, from the European Council website.
- [5] European Union Agency for Asylum (2023). [Latest asylum trends 2023](#). Retrieved June 2, 2024, from the EUAA website.
- [6] United Nations High Commissioner for Refugees (2024). [Global trends: Forced displacement in 2023](#). Copenhagen: UNHCR.
- [7] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). [Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach](#). Athens: Babel Day Centre (Syneimos NGO of Social Solidarity) and Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex).
- [8] World Health Organization (2022). [“Mental health – Key facts”](#). Retrieved February 28, 2024, from WHO's website.
- [9] World Health Organization (2022). [World mental health report: transforming mental health for all](#). Geneva: WHO.
- [10] Eiroa-Orosa F. J. (2020). Understanding psychosocial wellbeing in the context of complex and multidimensional problems. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5937. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165937>
- [11] Eiroa-Orosa, F. J. (2017). A proposed inquiry into the effect of sociocultural changes on well-being. In N. J. L. Brown, T. Lomas, & F. J. Eiroa-Orosa (Eds.), *The Routledge international handbook of critical positive psychology* (pp. 368–376). Routledge.
- [12] Inter-Agency Standing Committee (2007). [IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings](#). Geneva: IASC.
- [13] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). Kultursensitive psychotherapie. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02755-000>
- [14] International Organization for Migration. (2022). [Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement](#) (2nd ed.). Geneva: IOM.
- [15] Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. London: McGraw-Hill.
- [16] Geertz, C. (2017). *The interpretation of cultures* (3rd ed.). Basic Books.
- [17] Street, B. V. (1993). Culture is a verb. In D. Graddol, L. Thompson, & M. Byram (Eds.), *Language and culture* (pp. 23-43). Clevedon, UK: BAAL and Multilingual Matters.
- [18] Castles, S., de Haas, H., & Miller, M. J. (2020). *The age of migration: International population movements in the modern world* (6th ed.). Guilford Press.

- [19] Office of the High Commissioner for Human Rights. (2012). *Migration and human rights: Improving human rights-based governance of international migration*. New York: United Nations.
- [20] Sironi, A., Bauloz C., and Emmanuel, M. (Eds.) (2019). *Glossary on migration* (International Migration Law, No. 34). Geneva: IOM.
- [21] United Nations High Commissioner for Refugees (n.d.). *The 1951 Refugee Convention*. Retrieved May 21, 2024, from the UNHCR website.
- [22] United Nations High Commissioner for Refugees (2015). *UNHCR viewpoint: 'refugee' or 'migrant' – which is right?*. Retrieved May 21, 2024, from the UNHCR website.
- [23] Carling, J. (n.d.). *What is the meaning of 'migrants'?*
- [24] Althaus, A. (2016). The false dichotomy between 'economic migrants' and refugees. *New World; UNAUK Magazine*, 1, 10.
- [25] International Organization for Migration (2022). *IOM movements*. Geneva: IOM.
- [26] International Organization for Migration (2022.). *Phases of migration* (EMM2.0 Handbook, The Global Context of International Migration). Retrieved March 1, 2024 from the Essentials of Migration Management (EMM2.0) programme website.
- [27] Etymonline (n.d.). *Refugee*. In *Online etymology dictionary*. Retrieved June 4, 2024.
- [28] United Nations High Commissioner for Refugees (n.d.). *Refugees*. Retrieved May 21, 2024, from the UNHCR website.
- [29] Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. Routledge.

Einheit 1.2: Soziale Determinanten der psychischen Gesundheit

Einheitsübersicht

Diese Trainingseinheit untersucht die Beziehung zwischen Migration und Gesundheit aus der Perspektive der globalen öffentlichen Gesundheitsgerechtigkeit. Mithilfe eines Rahmens für die sozialen Determinanten der Gesundheit (SDG) werden die verschiedenen sozialen und strukturellen Faktoren beschrieben, die die Gesundheit und psychische Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten während ihrer gesamten Migrationsreise beeinflussen. Die Einheit schließt mit der Betrachtung, wie unterschiedliche soziale Determinanten die psychische Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden von Migrant:innenpopulationen beeinflussen. Zusätzliches Material wird mit Ergebnissen aus aktuellen Forschungsstudien zu diesem Thema bereitgestellt.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung](#)
2. [Hauptkonzepte](#)
3. [Die Beziehung zwischen Gesundheit und Migration](#)
4. [Soziale Determinanten der psychischen Gesundheit im Kontext der Migration](#)

1. Einführung

Faktoren wie Armut, struktureller Rassismus, Diskriminierung, Isolation von Familie und traditionellen sozialen Unterstützungsnetzen sowie eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsversorgung sind die Haupttreiber von **Ungleichheiten im Bereich der psychischen Gesundheit („mental health inequities“)** bei Migrant:innen und Geflüchteten [1]. Es ist auch bekannt, dass Migrant:innen und Geflüchtete **überproportional von aktuellen Krisen** wie der COVID-19-Pandemie, dem Klimawandel und Konflikten sowie von Krisen im Bereich der Nahrungsmittelversorgung und der Lebenshaltungskosten betroffen sind [2]. Obwohl wenig darüber bekannt ist, wie Unterschiede in den Ergebnissen der psychischen Gesundheit

effektiv angegangen und verringert werden können, hebt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die **Wechselwirkungen von sozialen, wirtschaftlichen, politischen und umweltbedingten Faktoren hervor, die das Wohlbefinden prägen** [1-3].

In dieser Einheit versuchen wir, ein klareres Verständnis der psychischen Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten unter Verwendung des Rahmens der sozialen Determinanten der Gesundheit (SDG) der WHO zu vermitteln. Auf den Ideen von Dahlgren und Whitehead [4] aufbauend, betrachten wir die psychische Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten als durch verschiedene Faktoren bestimmt, einschließlich der Umstände, in **denen sie leben und arbeiten, sowie der Auswirkungen dieser Umstände im Verlauf ihres Lebens.**

→ [VIDEO: Gesundheitsgerechtigkeit \(Video auf Englisch\)](#) 

2. Hauptkonzepte

Soziale Determinanten der Gesundheit

Laut der WHO beziehen sich **die sozialen Determinanten der Gesundheit (SDG)** („*social determinants of health*” – *SDH, or SDoH*) auf die *“nicht-medizinischen Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen. Dazu gehören die Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern, sowie die breiteren Kräfte und Systeme, die diese Lebensbedingungen prägen – einschließlich wirtschaftlicher, sozialer und politischer Strukturen sowie des Zugangs zu Macht, Ressourcen und Geld”* [1,2,5]. **Die sozialen Determinanten der Gesundheit betreffen alle Menschen.** Im besten Fall können sie einen Schutz für eine gute Gesundheit darstellen. Viele Menschen, insbesondere in historisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen, erleben jedoch **zahlreiche soziale Faktoren, die zu ungünstigen Gesundheitsoutcomes beitragen**, einschließlich erhöhter Morbidität und Mortalität [6].

→ [VIDEO: Soziale Determinanten der Gesundheit \(Video auf Englisch\)](#) 

In den vergangenen Jahrzehnten wurden zahlreiche Modelle entwickelt, um die verschiedenen Determinanten darzustellen, die die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussen. **Der Dahlgren-**

Whitehead-Regenbogen, der 1991 von Göran Dahlgren und Margaret Whitehead [4] entwickelt wurde, ist das einflussreichste und am weitesten verbreitete Modell zur Bekämpfung von Ungleichheiten im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

Das Modell wird häufig als Regenbogen dargestellt (siehe Abbildung 1.2.1), bei dem das Individuum im Zentrum liegt und von verschiedenen konzentrischen Schichten umgeben ist, die jeweils unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit repräsentieren. Im Gegensatz zu medizinisierten Modellen, die sich auf die biologischen Ursachen spezifischer Krankheiten konzentrieren, **skizziert das Regenbogenmodell verschiedene Einflüsse auf die Gesundheit (oder Determinanten) auf mehreren hierarchischen Ebenen** – von individuellen Faktoren bis hin zu allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und Umweltbedingungen.

Abbildung 1.2.1. „Die weiteren Determinanten der Gesundheit“



Hinweis: Grafik entnommen aus dem Victorian Government, 2019, [Victorian Public Health and Wellbeing Plan 2019–2023](#), S. 6, Staat Victoria (angepasst aus dem Dahlgren-Whitehead Regenbogenmodell, September 1991).

1. **Individuelle Faktoren:** Die innerste Schicht bezieht sich auf persönliche Merkmale, einschließlich genetischer/vererbter Faktoren wie Alter, Geschlecht und Fähigkeit. Individuelle Lebensstilfaktoren beziehen sich auf persönliche Gesundheitsverhalten wie Ernährung, körperliche Aktivität, Alkohol- und Substanzkonsum und andere. **Im Kontext der Migration können individuelle Lebensstilfaktoren persönliche Erfahrungen, Bewältigungsstrategien und Resilienz umfassen.**
2. **Soziale und Gemeinschaftsnetzwerke:** Die nächste Schicht umfasst soziale Umstände, einschließlich Familie und weiterer sozialer Kreise. **Für Migrant:innen und Geflüchtete kann diese Schicht Erfahrungen sozialer Inklusion oder Exklusion und Unterstützungsquellen wie Familie, Freunde, Nachbarn und lokale Gemeinschaftsnetzwerke beinhalten.**
3. **Lebens- und Arbeitsbedingungen:** Diese Schicht konzentriert sich auf die breiteren Lebens- und Arbeitsbedingungen, die die Gesundheit beeinflussen, wie Wohnen, Zugang zu Gesundheitsversorgung, Bildung und Sozialdiensten sowie Arbeitsschutz. **Für Migrant:innen und Geflüchtete kann dies das Leben in überfüllten oder unsicheren Bedingungen, Herausforderungen bei der Deckung grundlegender Überlebensbedürfnisse, die Unfähigkeit, Einkommensmöglichkeiten zu verfolgen, prekäre Beschäftigungssituationen und eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsdiensten umfassen.**
4. **Allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umweltbedingungen:** Die äußerste Schicht stellt die breiteren sozioökonomischen, kulturellen und Umweltfaktoren dar, die die Gesundheit beeinflussen. Diese Faktoren betreffen die Kräfte und Systeme, die die Bedingungen des täglichen Lebens prägen, einschließlich Einkommensungleichheit, soziale Normen und Werte, Entwicklungsagenden und Umweltfaktoren der Gesundheit. **Beispiele im Kontext der Migration umfassen Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit; feindliche Einwanderungspolitiken; Arbeitsmarktpolitiken, einschließlich Unterschiede nach Rasse und Geschlecht in Beschäftigungssituationen; und breitere geopolitische Faktoren.**

Übergeordnete- („Upstream“), intermediäre- („Midstream“) und nachgelagerte- („Downstream“) Determinanten

Innerhalb des weiten Feldes der öffentlichen Gesundheit wird das Konzept der „Upstream“, „Midstream“ und „Downstream“ Determinanten seit vielen Jahren als Metapher für verschiedene Interventionslevel bei Einzelpersonen, Gruppen und Gemeinschaften verwendet. Die „upstream-downstream“-Metapher gewann 1975 an Bedeutung in Form einer Geschichte (siehe Video unten) und wird seitdem genutzt, um die Sinnlosigkeit darzustellen, nur die Symptome eines Problems zu behandeln, ohne die zugrunde liegende Ursache anzugehen [7].

→ [VIDEO: Upstream Public Health \(Video auf Englisch\)](#) 

Wie können wir also “upstream” schauen, zu den sogenannten Ursachen der Ursachen für schlechte Gesundheit?

Eine nützliche Grafik, die im  [Repository](#) bereitgestellt wird, veranschaulicht einige Beispiele für Interventionen auf allen drei Ebenen. Sie kann als Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche dienen, um zu sehen, welchen persönlichen und kollektiven Einfluss sie auf jeder Ebene ausüben können (siehe 1.2 – Figure 1.2.1-R “*Social Determinants and Social Needs: Moving Beyond Midstream*”).

Wie die Metapher andeutet, wird das, was „stromaufwärts“ geschieht, „stromabwärts“ spürbar sein. Faktoren stromaufwärts setzen den breiten Kontext, in dem individuelle Entscheidungen und Verhaltensweisen (stromabwärts) stattfinden. Zum Beispiel können gesellschaftliche Normen und Wirtschaftspolitiken (stromaufwärts) persönliche Lebensstilentscheidungen und Gesundheitsverhalten (stromabwärts) beeinflussen [8,9].

- **Übergeordnete Faktoren (Upstream)** repräsentieren *strukturelle Determinanten, die Gemeinschaften auf eine breite und ungleiche Weise beeinflussen*. Einkommensungleichheit, institutionelle Diskriminierung und soziale Marginalisierung sind Beispiele für upstream-Faktoren, die eine optimale Gesundheit verhindern.
- **Intermediäre Faktoren (Midstream)** repräsentieren *soziale Bedürfnisse und wirken innerhalb von Gemeinschaften, Nachbarschaften und lokalen Institutionen*. Sie umfassen Obdachlosigkeit, Ernährungsunsicherheit, eingeschränkten Zugang zu Bildung und das Fehlen von Ressourcen.
- **Nachgelagerte Faktoren (Downstream)** beziehen sich auf *unmittelbarere Bedürfnisse von Menschen auf individueller oder familiärer Ebene*. Dazu gehören persönliche Lebensstilentscheidungen, Gesundheitsverhalten, Krankheiten sowie absichtliche oder unbeabsichtigte Verletzungen.

Weitere praxisbezogene Informationen zu diesem Thema, insbesondere zum Konzept der strukturellen Kompetenz (d.h. die Fähigkeit, die Auswirkungen der sozialen Struktur auf eine soziale Gruppe oder ein

Individuum zu erkennen [10]), werden in Modul 3, Einheit 3.2: Kulturelle Bewusstheit (Cultural Awareness), bereitgestellt.

3. Die Beziehung zwischen Gesundheit und Migration

Die Verfassung der WHO definiert **Gesundheit („health“)** als „*einen Zustand des vollständigen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich das Fehlen von Krankheit oder Gebrechlichkeit*“ [11]. Die Gesundheit von Migrant:innen kann als die Unterschiede im physischen, mentalen und sozialen Wohlbefinden von Migrant:innen und Bevölkerungsgruppen sowohl in den Herkunfts- als auch in den Zielländern und über alle Phasen des Migrationsprozesses hinweg definiert werden [12]. **Migrationsprozesse können Gesundheitsergebnisse beeinflussen, ebenso wie der Gesundheitsstatus Migrationsergebnisse beeinflussen kann** (siehe Abbildung 1.2.3 zu den Phasen der Migration, die in Einheit 1.1 besprochen werden) [13].

Abbildung 1.2.3. „Aspekte der verschiedenen Migrationsphasen, die die Gesundheit der Migration beeinflussen können“



Hinweis: Grafik stammt von der Internationalen Organisation für Migration, 2023, [Migration health throughout the migration phases](#), EEM2.0 Handbuch – Gesundheit und Migration (angepasst von Vearey, Hui und Wickramage, 2019)

Migration stellt nicht zwangsläufig ein Gesundheitsrisiko dar. Allerdings können die **Bedingungen im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess** (wie unsichere Reisen, Veränderungen in der Krankheitsverbreitung und schlechte Ernährung) zu schlechten Gesundheitsergebnissen beitragen. Migration kann auch die psychische Gesundheit von Migrant:innen **beeinflussen, indem sie bestehende Verwundbarkeiten verschärft und ihre Resilienz herausfordert** [14].

Dies ist besonders evident bei denen, die unfreiwillig migrieren, einschließlich Personen, die vor Natur- oder von Menschen verursachten Katastrophen, Konflikten und Menschenrechtsverletzungen fliehen, sowie bei denen, die sich in einer irregulären Situation befinden. Migrant:innen, die beispielsweise internationale Grenzen ohne Erlaubnis überschreiten, können Risiken wie Ausbeutung durch Menschenhändler

ausgesetzt sein, was zu missbräuchlichen und schädlichen Situationen führt, die ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden weiter gefährden [13].

© **Hauptpunkt: Gesundheit von Migrant:innen im Detail**

→ **Gesundheitsrisiken vor der Abreise**

Oft bestimmen die Bedingungen vor der Abreise die Gesundheit und das Wohlbefinden von Migrant:innen und Geflüchtete während ihrer gesamten Reise. Besonders im Kontext der Vertreibung wird die Phase vor der Abreise durch Ereignisse außerhalb der Kontrolle der betroffenen Person verkürzt. Vor der Migration haben Menschen möglicherweise bereits folgendes erlebt:

- verschlechterte Gesundheit aufgrund unzureichender Ernährung, begrenztem Zugang zu Gesundheitsversorgung oder dem Fehlen öffentlicher Gesundheitsprogramme, einschließlich routinemäßiger Kinderimpfungen
- schlechte Lebensbedingungen, die dazu beitragen, dass sie ihr Herkunftsland verließen
- Gewalt, Traumata oder Missbrauch, die ihre gesundheitlichen Schwächen weiter verschärften

→ **Gesundheitsrisiken während der Migrationsreise**

Transitphase kann die Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten aufgrund der folgenden Faktoren negativ beeinflussen:

- lange und unsichere Reisen für diejenigen, die ohne legale Dokumente zur Migration gezwungen sind.
- Reisebedingungen, die lange Tage versteckt in einem Lastwagen oder eingeeengt in einem kleinen Raum auf einem Boot (häufig für die Überquerung des Atlantiks oder des Mittelmeers genutzt) oder unter fahrenden Zügen umfassen können.
- Reisen allein oder in einer großen Gruppe, wobei bestimmte Gruppen wie Kinder (insbesondere unbegleitete Minderjährige), Frauen und Menschen mit Behinderungen besonderen Herausforderungen ausgesetzt sind.
- Herausforderungen im Zusammenhang mit der Kapazität der Gesundheitssysteme, große Gruppen von Menschen entlang der Migrationsrouten aufgrund einer akuten Katastrophe oder des steigenden Meeresspiegels (Umweltvertreibung) aufzunehmen.

→ **Gesundheitsrisiken in den Zielländern**

Migrant:innen und Geflüchtete können im Zielland aus verschiedenen Gründen einem Gesundheitsrisiko ausgesetzt sein, zum Beispiel durch:

- schlechte Wohnbedingungen.
- eingeschränkter oder kein Zugang zu Gesundheits- und anderen Dienstleistungen.
- Trennung von Familie und geliebten Menschen.
- Veränderungen im Lebensstil und Anpassungen an Gesundheitspraktiken, Ernährungsgewohnheiten und Aktivitätsmuster des Ziellandes, die das Risiko für Fettleibigkeit, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen können.
- fremdenfeindliche Einstellungen seitens der aufnehmenden Gemeinschaften, einschließlich Gesundheitsdienstleister, die sich negativ auf die Gesundheit von Migrant:innen auswirken sowie soziale Ausgrenzung, Diskriminierung und Ausbeutung begünstigen können auf existenzieller und spiritueller Ebene der Verlust eines Gefühls der Allmacht (d. h. der Vorstellung, absolute Kontrolle über das eigene Leben zu haben), was zu einem Verlust von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen führt und – in Abwesenheit von Möglichkeiten zur Neubewertung und Sinnstiftung – zu einem dauerhaften Gefühl existenziellen Verlusts und Isolation führen kann.

4. Soziale Determinanten der psychischen Gesundheit im Kontext der Migration

Wie in der vorherigen Einheit besprochen, versteht die WHO psychische Gesundheit als einen „Zustand des mentalen Wohlbefindens, der es den Menschen ermöglicht, mit den Belastungen des Lebens umzugehen, ihre Fähigkeiten zu verwirklichen, gut zu lernen und gut zu arbeiten und zur Gemeinschaft beizutragen“ [5]. Die folgende Liste enthält einige Beispiele für soziale Determinanten der psychischen Gesundheit, die die psychischen Gesundheitsauswirkungen auf positive und negative Weise beeinflussen können:

- Wohnen, grundlegende Versorgungseinrichtungen und die Umgebung
- Einkommen und soziale Absicherung
- Bildung
- Beschäftigung
- Sprachkenntnisse und Übersetzung

- Rechtlicher Status und der Asylprozess
- Zugang zu erschwinglichen Gesundheitsdiensten von angemessener Qualität
- Kultur, Spiritualität und religiöser Hintergrund
- Soziale Integration und soziale Isolation
- Vorurteile, Rassismus und strukturelle Diskriminierung

Eine umfassendere Übersicht darüber, wie jeder dieser Determinanten die psychische Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden von Migrant:innen und Geflüchteten beeinflussen kann, ist im  [Repository](#) (siehe [1.2 – Handout 1. “Social Determinants of Mental Health in Detail”](#)).

Die Bewältigung der sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit im Kontext von Migration und Vertreibung erfordert einen **tiefgreifenden Ansatz, der über die Behandlung individueller Symptome hinausgeht**. Interventionen sollten **psychosoziale Elemente** in den Mittelpunkt stellen und darüber hinaus die **übergeordneten Bedingungen berücksichtigen, die die Lebensrealität von Migrant:innen und Geflüchteten prägen** [1,2,5,15].

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Hynie M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-Migration context: A critical review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(5), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- [2] World Health Organization (2023). *Draft operational framework for monitoring social determinants of health equity*. Retrieved April 9, 2024 from WHO's website.
- [3] Mawani, F. N. (2014). Social determinants of refugee mental health. In L. Simich & L. Andermann (Eds.), *Refuge and resilience: Promoting resilience and mental health among resettled refugees and forced migrants* (pp. 27–50). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7923-5_3
- [4] Dahlgren, G., and Whitehead M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies. Retrieved February 14, 2024 from the CORE database.
- [5] World Health Organization (2015). *What are social determinants of health?* Retrieved April 9, 2024 from WHO's website.
- [6] NASEM (2019). *Integrating social care into the delivery of health care: Moving upstream to improve the nation's health*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25467>
- [7] McMahon N. E. (2022). Framing action to reduce health inequalities: what is argued for through use of the 'upstream-downstream' metaphor? *Journal of public health (Oxford, England)*, 44(3), 671–678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab157>
- [8] McKinlay J.B. (1975). A case for refocusing upstream: the political economy of illness. Applying behavioral science to cardiovascular risk: proceedings of a conference. *American Heart Association*, 7–17.
- [9] Hahn R. A. (2021). What is a social determinant of health? Back to basics. *Journal of public health research*, 10(4), 2324. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2324>
- [10] Wang E. E. (2019). Structural Competency: What is it, why do we need it, and what does the structurally competent emergency physician look like?. *AEM education and training*, 4(Suppl 1), S140–S142. <https://doi.org/10.1002/aet2.10415>
- [11] World Health Organization (2020). *Basic documents: Forty-ninth edition* (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: WHO.
- [12] Vearey, J., Hui, C., & Wickramage, K. (2019). Chapter 7: Migration and health – Current issues, governance and knowledge gaps. In IOM World Migration Report 2020 (pp. 209–228). <https://doi.org/10.18356/9ea52c60-en>
- [13] International Organization for Migration (2022). *Migration health throughout the migration phases* (EMM2.0 Handbook, The Global Context of International Migration). (EMM2.0 Handbook, Health and Migration). Retrieved March 5, 2024 from the Essentials of Migration Management (EMM2.0) programme website.
- [14] Davies, A., Basten, A., and Frattini, C. (2009). *Migration: a social determinant of the health of migrants*. Geneva: IOM.
- [15] World Health Organization (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series). Geneva: WHO.

Einheit 1.3: Risiko-, Schutz- und Resilienzfaktoren

Einheitsübersicht

Diese Lerneinheit untersucht Risiko-, Schutz- und fördernde/Resilienzfaktoren für die psychische Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten. Sie betont die Bedeutung verschiedener Faktoren auf Mikro-, Meso- und Makroebene, die die psychische Gesundheit von Menschen beeinflussen, die unterschiedliche Formen von Widrigkeiten überlebt haben. Unter Bezugnahme auf globale Fachliteratur und aktuelle Leitlinien der WHO bietet die Einheit abschließend ergänzendes Material zu den Herausforderungen und Schutzfaktoren, die für bestimmte Gruppen besonders relevant sind.

Einheitsabschnitte:

1. [Ein sozialökologischer Rahmen zum Verständnis der psychischen Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten](#)
2. [Risiko- und Schutzfaktoren](#)
3. [Fördernde/Resilienzfaktoren im Angesicht von Widrigkeiten](#)
4. [Herausforderungen und schützende Einflüsse spezifischer Subpopulationen](#)

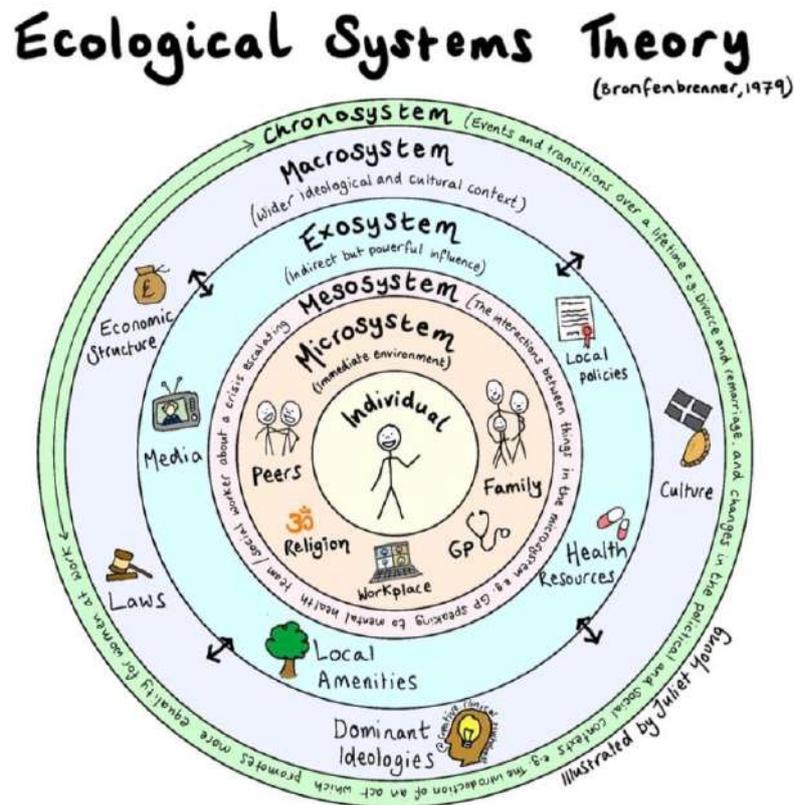
1. Ein sozialökologischer Rahmen zum Verständnis der psychischen Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten

Das **Sozialökologische Modell - SÖM (Socio-Ecological Model - SEM)**, auch als der **Ökosystemische Ansatz („ecological systems theory“)** bekannt, wurde in den 70er Jahren von dem in Russland geborenen amerikanischen Psychologen Urie Bronfenbrenner entwickelt, um das menschliche Wachstum besser zu verstehen. In den 80er Jahren wurde es später als Theorie formalisiert. Bronfenbrenners sozialökologischer Rahmen besagt, **dass wir das gesamte ökologische System, in dem Entwicklung stattfindet, berücksichtigen müssen, um menschliches Wachstum zu erfassen [1].**

Das Modell hat im Laufe der Jahre viele Anpassungen und Interpretationen erfahren. Auf der grundlegenden Ebene besagt es jedoch, dass individuelles Verhalten in einem komplexen Netzwerk von intrapersonalen, interpersonalen, institutionellen, gemeinschaftlichen und öffentlichen politischen Faktoren eingebettet ist, wobei die wechselseitige Natur der Interaktionen zwischen Individuen und ihren Umwelten betont wird. Dieses Netzwerk umfasst **Systeme, in denen das Individuum direkt involviert ist**, wie Nachbarschaften oder Schulen, sowie **Systeme, die weiter von direkter Interaktion oder Einflussnahme entfernt sind**, wie Gemeinschaften, politische Systeme und die Gesellschaft [2].

Das in der vorherigen Einheit behandelte Rahmenkonzept der sozialen Determinanten von Gesundheit (SDG) und das sozialökologische Modell (SÖM) sind verwandte Ansätze, die **die Bedeutung verschiedener Einflussfaktoren auf Gesundheitsoutcomes betonen**. Während sich das SDG auf spezifische Lebensbedingungen und Umwelten konzentriert, die Gesundheit beeinflussen, bietet das SÖM einen **umfassenden Rahmen, um die mehrstufigen Wechselwirkungen zu verstehen, die individuelles Verhalten und Wohlbefinden prägen**. Darüber hinaus berücksichtigt das SÖM, dass sich **Einflussfaktoren überschneiden und auf mehreren Ebenen** gleichzeitig wirken können – mit unterschiedlichen Auswirkungen je nach kumulativen und intersektionalen Erfahrungen der betroffenen Personen [2,3]. Weitere Informationen zum Konzept der Intersektionalität im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten finden Sie in Modul 2, Einheit 2.2: Intersektionale Perspektiven auf Migration und psychische Gesundheit.

Abbildung 1.3.1. „Bronfenbrenners Theorie der ökologischen Systeme im Kontext der Community-Psychologie“



Hinweis: Grafik erstellt von der klinischen Psychologin Dr. Juliet Young, August 2021

Die obenstehende Grafik (Abbildung 1.3.1) bietet ein anschauliches Beispiel für die **verschiedenen Faktoren auf individueller, familiärer, organisatorischer, gemeinschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene** (Mikro-, Meso-, Exo- und Makro-Ebene oder -System), die die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden **im Laufe der Zeit** beeinflussen (auch als Chronosystem bezeichnet). Die Universität von Minnesota hat eine detailliertere Grafik erstellt, die widerspiegelt, was wir aus der Forschung durch eine sozial-ökologische Perspektive wissen [3]. Dieses Dokument wurde im [Repository](#) für eine weitergehende Betrachtung aufgenommen (siehe [Modul 1, Useful Ressources](#)).

Während Forschung allein nicht vollständig die gelebten Erfahrungen von Menschen erfassen kann, bietet sie einen grundlegenden Rahmen, der uns helfen kann, die psychische Gesundheit im Kontext von Migration und Vertreibung zu verstehen. Dieses Modell fördert eine ganzheitliche Sicht auf psychische

Gesundheit und betont **einen ressourcenorientierten Ansatz, der sich auf Resilienz und Genesung statt auf Krankheit konzentriert**. Es gilt für alle und berücksichtigt den gesamten Lebenszyklus [3].

Die untenstehenden Videos bieten weitere Informationen zur ökologischen Perspektive sowie zur Geschichte und Entwicklung von Bronfenbrenners Theorie der ökologischen Systeme.

→ **VIDEO:** [Was ist die ökologische Perspektive? Grundprinzipien und Schlüsselkonzepte der Gemeinschaftspsychologie \(Video auf Englisch\)](#) 

→ **VIDEO:** [Bronfenbrenners ökologische Systeme: 5 Kräfte, die unser Leben beeinflussen \(Video auf Englisch\)](#) 

2. Risiko- und Schutzfaktoren

Risiko- und Schutzfaktoren

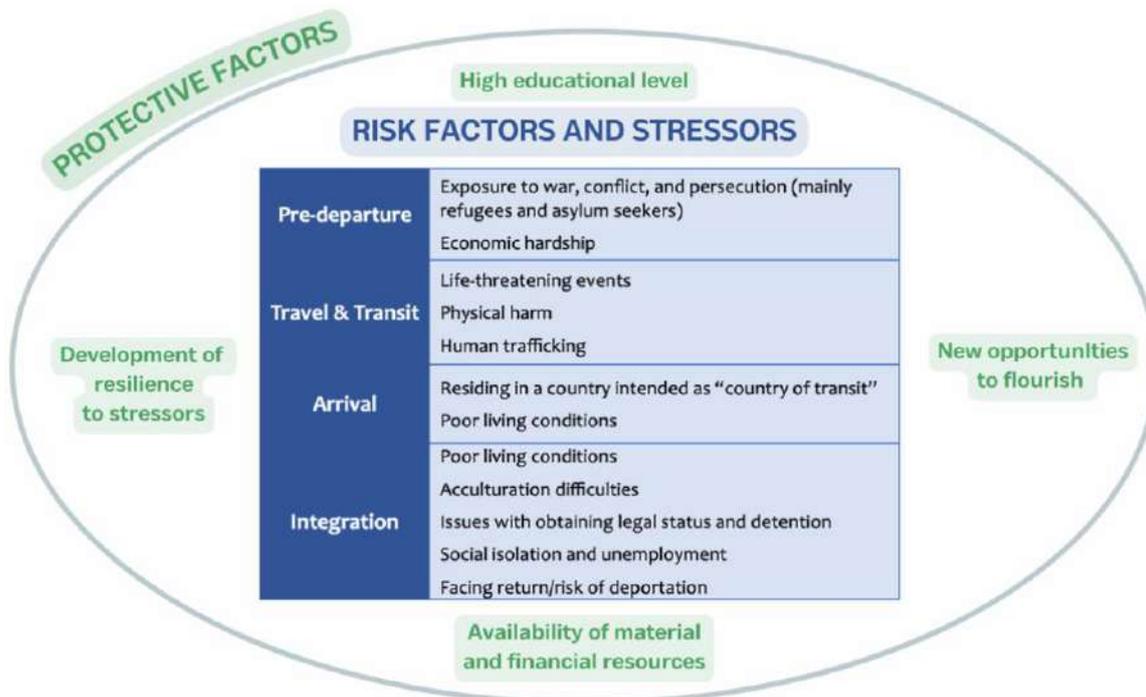
Laut der WHO „können im Verlauf unseres Lebens verschiedene individuelle, soziale und strukturelle Determinanten miteinander kombiniert werden, die unsere psychische Gesundheit entweder schützen oder beeinträchtigen und unsere Position auf dem Kontinuum der psychischen Gesundheit verschieben“ [4]. Individuelle psychologische und biologische Faktoren wie emotionale Fähigkeiten, Substanzkonsum und genetische Veranlagung können die Anfälligkeit für psychische Gesundheitsprobleme erhöhen. Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, erhöhen auch ungünstige soziale, wirtschaftliche, geopolitische und Umweltbedingungen – wie Armut, Gewalt, Ungleichheit und Umweltmangel – das Risiko für eine schlechte psychische Gesundheit. **Diese Risiken (oder Risikofaktoren) können in allen Lebensphasen auftreten, sind jedoch besonders schädlich in sensiblen Entwicklungsphasen, insbesondere in der frühen Kindheit.**

Schutzfaktoren, die ebenfalls ein Leben lang auftreten, **wirken dem Risiko negativer psychischer Gesundheitsergebnisse entgegen, indem sie unsere Fähigkeit stärken, mit widrigen Umständen besser umzugehen**. Dazu gehören soziale und emotionale Fähigkeiten, positive soziale Interaktionen, eine gute Bildung, anständige Arbeitsplätze, sichere Nachbarschaften und starke Gemeinschaftsbindungen. Risikofaktoren und Schutzfaktoren sind zentrale Elemente in der Entwicklung von Resilienz, die oft als die

Fähigkeit bezeichnet wird, Widrigkeiten zu überstehen und sich von schwierigen Lebensereignissen zu erholen [5].

Risikofaktoren und Schutzfaktoren („risk and protective factors“) wirken auf verschiedenen **gesellschaftlichen Ebenen**. Lokale Bedrohungen betreffen Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften, während globale Herausforderungen wie wirtschaftliche Abschwünge, Krankheitsausbrüche, humanitäre Krisen, erzwungene Vertreibung und der Klimawandel ganze Bevölkerungsgruppen bedrohen [4-6]. Schutz- und Risikofaktoren im Kontext der Migration sind nachfolgend detailliert aufgeführt (siehe Abbildung 1.3.2).

Abbildung 1.3.2. „Risikofaktoren und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Geflüchteten und Migrant:innen“



Hinweis: Grafik reproduziert vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2018, [Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants](#), S. 4, Kopenhagen)

Die Reproduktion dieser Grafik impliziert keine Unterstützung durch die WHO.

Jeder Risikofaktor und schützende Faktor allein hat eine begrenzte Vorhersagekraft. Die meisten Menschen zeigen keine Symptome von psychischen Gesundheitsproblemen und können sich trotz der Belastung durch mehrere Widrigkeiten vollständig erholen, während andere ohne offensichtliche Risikofaktoren psychische Erkrankungen entwickeln können. Das Zusammenspiel verschiedener Determinanten prägt die psychische Gesundheit, und mehrere Stressfaktoren können zusammen psychische Belastung verursachen [6].

Wie die Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (IFRC) erklärt, „muss es nicht unbedingt ein einziges großes Ereignis sein, das zu psychischer Belastung oder psychischen Gesundheitsproblemen führt; es kann auch eine Ansammlung von verschiedenen Stressfaktoren sein. Zu jedem Zeitpunkt können eine Vielzahl individueller, familiärer, gemeinschaftlicher und struktureller Faktoren zusammenkommen, die die psychische Gesundheit entweder schützen oder gefährden“ [7]. **Obwohl die meisten Menschen resilient sind, besteht für diejenigen, die belastenden Umständen ausgesetzt sind, ein höheres Risiko.**

Zusätzliche Informationen sind im  [Repository](#) (siehe 1.3 – Table 1.3.1-R “Risk and Protective Factors to Promote Resilience” und Table 1.3.2-R “Additional Risk and Protective Factors for Migrants and Refugees”).

3. Fördernde/Resilienzfaktoren im Angesicht von Widrigkeiten

Was ist also Resilienz? Im Allgemeinen wird **Resilienz („resilience“)** sowohl als die **Fähigkeit eines Individuums angesehen, Erfahrungen von Trauma und Stress zu überstehen**, als auch als **die Fähigkeit, aktiv in den Aufgaben des Lebens zu bleiben**, insbesondere im Bemühen, Ressourcen, die während schwieriger Zeiten verloren gegangen sind, wiederherzustellen [8]. Die zugrunde liegende Annahme ist, dass **alle Menschen einen inneren Drang besitzen, Ressourcen, die sie für ihr Überleben und Wohlbefinden schätzen, zu erwerben, zu erhalten, zu fördern und zu schützen**. Viele Faktoren, einschließlich unserer Biologie, Psychologie, sozialen Interaktionen und Kultur, beeinflussen die Resilienz, wobei alle zusammenwirken, um zu gestalten, wie wir mit Stress umgehen [9].

Wenn wir über Resilienz sprechen, ist es wichtig zu klären, ob wir sie als persönliche Eigenschaft, als Prozess oder als Ergebnis betrachten. Es ist leicht, Resilienz als etwas zu sehen, das man entweder hat oder nicht hat, aber in Wirklichkeit existiert **Resilienz auf einem Kontinuum. Resilienz kann in ihrer Stärke variieren und in verschiedenen Lebensbereichen in unterschiedlichem Maße auftreten** [9].

Fördende bzw. resilienzfördernde Faktoren stärken die psychische Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden angesichts von Belastungen und erklären, warum nicht alle Menschen, die widrigen Umständen ausgesetzt waren, negative psychische Folgen entwickeln [10].

Diese Schutz- und Resilienzfaktoren umfassen zudem eine Vielzahl von Aktivitäten, Situationen und Umständen – etwa unterstützende Beziehungen, die Fähigkeit einer Person, mit Veränderungen umzugehen und sich anzupassen, ein gutes Arbeitsumfeld und weitere Faktoren [11,12].

○ **Psychologische Resilienz**

Psychologische Resilienz wurde auf verschiedene Weise definiert. Im Kern ist sie **die Fähigkeit, sich von Schocks zu erholen und Widrigkeiten zu überwinden**. Wie bereits erwähnt, beinhalten die aktuellen Konzeptualisierungen von psychischer Resilienz sowohl individuelle Kapazitäten als auch gesellschaftliche und umweltbedingte Unterstützungsfaktoren. Die Rolle der Resilienz bei der Förderung der Gesundheit, insbesondere der psychischen Gesundheit, wurde ausführlich bei Migrant:innengruppen untersucht, was zu ihrer Anerkennung als **wichtiger Faktor für das psychosoziale Wohlbefinden geführt hat** [5,12]. Sie variiert je nach bestimmten individuellen Merkmalen, wobei ein höheres Alter, lang andauernde Vertreibung und fortwährende Entbehrungen die Resilienz verringern, während bessere Lebens-/Arbeitsbedingungen, ein jüngeres Alter und ein höheres Maß an Unterstützung die Resilienz stärken und

Eine nützliche Grafik, die einige Faktoren zeigt, die Resilienz fördern, kann im  **Repository** (siehe 1.3 – Figure 1.3.1-R “Five Factors that Promote Resilience”). Es ist wichtig zu beachten, dass viele Faktoren Resilienz fördern. **Resilienz ist kein Merkmal, das eine Person einfach besitzt oder nicht besitzt; es ist ein dynamischer Prozess, der von verschiedenen miteinander interagierenden Elementen beeinflusst wird.**

letztlich die psychische Gesundheit verbessern [8,9,12].

○ Posttraumatisches Wachstum

Im Kontext von Vertreibung bezieht sich **posttraumatisches Wachstum** („**post-traumatic growth**“) darauf, **wie Migrant:innen und Geflüchtete ihre Erfahrungen reflektieren und Bedeutung aus diesen ziehen** – dieser Prozess der Reflexion führt zu positiven Veränderungen in ihrem Leben [13]. Posttraumatisches Wachstum fungiert als **fördernder/Resilienzfaktor** und schützt Migrant:innen und Geflüchtete vor den negativen Auswirkungen von Widrigkeiten, wie der Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen und Angstzuständen [14]. Studien, die posttraumatisches Wachstum bei Migrant:innen und Geflüchteten untersuchen, haben seine Vorteile hervorgehoben, darunter **die Fähigkeit, mit zahlreichen Verlusten umzugehen, eine höhere Toleranz gegenüber der Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit ihrer Umstände, eine Verringerung der psychologischen Belastung, eine gesteigerte Lebenszufriedenheit und positive Erfahrungen nach der Migration** [13-15].

○ Adversity-Activated Development (AAD)

„**Adversity-Activated Development**“ (AAD)² bezieht sich auf die neu entwickelten **positiven Eigenschaften, Fähigkeiten und Gewohnheiten, die nach dem Erleben von herausfordernden oder widrigen Lebensumständen entstehen** [16]. Diese positiven Merkmale waren vor den Schwierigkeiten entweder nicht vorhanden, verborgen oder wurden nicht bewusst geschätzt. Wichtig ist, dass diese Ergebnisse negative oder neutrale Reaktionen auf Widrigkeiten nicht ausschließen – und oft mit ihnen einhergehen [16,17]. Mit anderen Worten, **eine Person, die ihre Heimat verlassen musste, kann in einigen Bereichen ihres Lebens Resilienz und ADD zeigen, während sie in anderen Bereichen Verletzlichkeit aufweist**. Die Fähigkeit, mit großen Lebensherausforderungen umzugehen und sich schnell anzupassen, bedeutet nicht, frei von Stress zu sein, ebenso wenig wie tiefes Traurigsein und Desorientierung ein Zeichen für das Fehlen von Fortschritt in anderen Bereichen ist.

² „Adversity-Activated Development“ kann auf Deutsch als „durch Widrigkeiten aktivierte Entwicklung“ oder „entwicklungsgestützte Aktivierung durch Widrigkeiten“ übersetzt werden. (Im Text werden wir uns weiterhin auf dieses Konzept in Englisch beziehen, da es der präziseste Begriff ist).

© **Hauptpunkt:** Das „Adversity Grid“³

In traditionellen Diskursen im Bereich der „Flüchtlingshilfe“ liegt der Fokus stark auf dem Thema Trauma – einer ernststen und nachvollziehbaren Reaktion auf extreme Belastungen. Dieser Schwerpunkt **vereinfacht jedoch die vielfältigen Erfahrungen von Migrant:innen und Geflüchteten**. Um ein umfassenderes Verständnis für die breiten Reaktionen auf schwierige Situationen zu erlangen, wird empfohlen, das **Adversity Grid** zu verwenden.

Das Raster ist **kein psychometrischer Test oder ein standardisiertes Bewertungsinstrument**; vielmehr bietet es einen **Rahmen, um die verschiedenen und vielfältigen Arten zu bewerten und zu verstehen, wie Einzelpersonen, Familien, Gemeinschaften und breitere Gesellschaften auf Widrigkeiten reagieren**. Es ist nützlich, um uns an die Komplexität, Einzigartigkeit und Gesamtheit aller von Widrigkeiten betroffenen Menschen zu erinnern, wodurch unhilfreiche Polarisierungen und Verallgemeinerungen entgegengewirkt werden. Dies ist besonders wichtig im Kontext unserer Arbeit, die oft Überlebende von Widrigkeiten ausschließlich als hilflose Opfer betrachtet. Das Widrigkeitsraster kategorisiert Reaktionen auf negative Ereignisse (wie Vertreibung, Krieg und Verfolgung) in drei Typen: (i) negative Reaktionen, (ii) unveränderte Reaktionen und (iii) positive Reaktionen. Das Raster entspricht der in dieser Einheit bereits besprochenen sozio-ökologischen Systemtheorie, indem es Schwierigkeiten und neue Chancen im gesamten Spektrum der Ökologie rund um Migrant:innen und Geflüchtete verortet. Die IOM hat in Zusammenarbeit mit Prof. Renos Papadopoulos ein [ergänzendes Material zur Nutzung des Adversity Grids als Teil ihres Handbuchs](#) zur Gemeindebasierten Psychosozialen Unterstützung und psychischen Gesundheitsförderung (MHPSS) in Notfällen und Vertreibungen entwickelt [18]. Weitere Informationen zur Verwendung des Rasters finden Sie im  **Repository** (siehe 1.3 – Handout 1. „Adversity Grid in Detail“ und Useful Resources).

4. Herausforderungen und schützende Einflüsse spezifischer Subpopulationen

Bestimmte Gruppen von Migrant:innen und Geflüchteten erfordern populationsspezifische Überlegungen in Bezug auf Risiko- und Schutzfaktoren sowie auf Barrieren und förderliche Bedingungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten. Basierend auf den verfügbaren Erkenntnissen hat die WHO

³ Adversity Grid kann als „Widrigkeitenraster“ übersetzt werden. (Im Text werden wir uns weiterhin auf dieses Konzept in Englisch beziehen, da es der präziseste Begriff ist).

fünf miteinander verbundene Themen identifiziert, die für verschiedene Gruppen, Kontexte und Phasen des Migrationsprozesses relevant sind:

1. Selbstidentität und Gemeinschaftsunterstützung;
2. Grundbedürfnisse und Sicherheit;
3. kulturelle Konzepte von psychischer Gesundheit und Stigmatisierung;
4. Exposition gegenüber Widrigkeiten und potenziell traumatischen Ereignissen;
5. Navigation durch psychische Gesundheits- und andere Systeme und Dienste [5].

Zusätzliche Informationen zu diesen Themen sowie zu den Herausforderungen und schützenden Einflüssen, mit denen spezifische Unterpopulationen (wie Frauen, Menschen mit Foltererfahrungen, LGBTQI+-Personen, ältere Erwachsene, Menschen mit Behinderungen) konfrontiert sind, sind im  [Repository](#) (siehe 1.3 – Handout 2. *“Challenges and Protective Influences Unique to Specific Sub-Populations”*). Eine umfassendere Übersicht über die Herausforderungen und schützenden Einflüsse, mit denen Kinder und Jugendliche konfrontiert sind, ist in [Modul 3, Einheit 3.5: „Reaktion auf die besondere Situation von Kindern“](#) verfügbar.

 **Reflexionspause:** Nehmen Sie sich Zeit für eine Selbstreflexion (oder reflektieren Sie in der Gruppe mit Ihren Kollegen) und überlegen Sie, wie verschiedene Faktoren miteinander in Wechselwirkung treten, um die Verletzlichkeit und Resilienz von Migrant:innen zu beeinflussen.

Auf der folgenden Seite finden Sie vier Beispiele, die die Wechselwirkung von Faktoren auf Mikro-, Meso- und Makro-Ebene veranschaulichen. Wie bereits zuvor besprochen, können diese Faktoren (positiv, negativ oder neutral) die Fähigkeit von Migrant:innen beeinflussen, der verschiedenen Arten von Widrigkeiten zu entkommen, ihnen zu widerstehen, damit umzugehen oder sich davon zu erholen, mit denen sie häufig konfrontiert sind.

Nun, unter Berücksichtigung des sozialökologischen Modells und der Theorie zu Risikofaktoren, Schutzfaktoren und förderlichen Resilienzfaktoren, überlegen Sie sich mögliche Reaktionen, die das psychosoziale Wohlbefinden der Einzelpersonen in den untenstehenden Szenarien unterstützen könnten.

Beispiel 1:

Ein mittelalter Mann mit einem hohen Bildungsniveau, guter Gesundheit und Zugehörigkeit zu einer mächtigen Gesellschaftsschicht hätte typischerweise ein niedriges Maß an Verwundbarkeit. Allerdings könnte er sich Erpressung und Gewalt ausgesetzt sehen, wenn er unsichere Migrationspraktiken anwendet, wie zum Beispiel die Anwerbung von Schleusern, um sich auf irreguläre Weise Zugang zu einem Land zu verschaffen – insbesondere, wenn er mit den Schleusern durch Länder reist, die keine Mechanismen zum Schutz geschmuggelter Migrant:innen vor Gewalt haben.

Beispiel 2:

Eine Familie, die eine Krise erlebt, wie den Verlust des Arbeitsplatzes aufgrund eines gesundheitlichen Notfalls des Hauptverdieners, könnte Migrationsentscheidungen treffen, die die Verwundbarkeit eines oder mehrerer Familienmitglieder gegenüber Arbeitsausbeutung erhöhen. Allerdings wäre es weniger wahrscheinlich, dass sie solche Entscheidungen trifft, wenn sie Unterstützung durch erweiterte Familienmitglieder, Gemeindemitglieder und/oder Sozialhilfeprogramme erhalten könnte. Die Risikofaktoren auf Haushalts- bzw. Familienebene würden durch Schutzfaktoren auf Gemeinschaftsebene abgeschwächt.

Beispiel 3:

Menschen, die aufgrund ihres Status als Migrant:innen regelmäßig Diskriminierung, Belästigung und Zugangshindernisse zu Dienstleistungen erfahren, sind eher anfällig für Gewalt, Ausbeutung und Missbrauch. Wenn sie sich nicht an andere Mitglieder der Gemeinschaft um Hilfe wenden können und keinen Zugang zu den gleichen Dienstleistungen wie andere haben, laufen sie Gefahr, isoliert zu werden und zur Zielscheibe für Personen zu werden, die sie ausnutzen oder missbrauchen wollen.

Beispiel 4:

Mitglieder einer Gemeinschaft, die durch eine Naturkatastrophe vertrieben wurden, könnten einem erhöhten Risiko des Menschenhandels ausgesetzt sein, da Menschenhändler oft gezielt auf vertriebene Bevölkerungsgruppen abzielen. Wenn jedoch lokale und nationale Führungspersonen schnell handeln, um das Risiko des Menschenhandels zu verringern – indem sie den Vertriebenen genaue und rechtzeitige Informationen bereitstellen und wirksame Maßnahmen der Strafverfolgung gegen Menschenhandel ergreifen – sind die Mitglieder der Gemeinschaft wahrscheinlich ausreichend vor dieser Gefahr geschützt.

Quelle: IOM, [The Determinants of Migrant Vulnerability](#),

adaptiert vom EU-MiCare-Team für die Zwecke dieses Kurses.

Die Anpassung dieser Grafik für die Zwecke dieser Übung impliziert keine Unterstützung durch die IOM.

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- [2] Sallis, J., Owen, N., & Fisher, E. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 465-482). Jossey-Bass.
- [3] Michaels, C., Blake, L., Lynn, A., Greylord, T., & Benning, S. (2020). *Mental health and well-being ecological model*. Center for Leadership Education in Maternal & Child Public Health, University of Minnesota – Twin Cities; Last update: July 2024. Retrieved July 27, 2024 from the UoM website.
- [4] World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Executive summary. Geneva: WHO.
- [5] World Health Organization (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series). Geneva: WHO.
- [6] World Health Organization (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants* (Technical guidance on refugee and migrant health). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- [7] IFRC Reference Centre for Psychosocial Support (2023). *Community-Based Mental Health (CBMH) training guide*. Copenhagen: IFRC.
- [8] Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 56(5), 258–265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- [9] Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5, 10.3402/ejpt.v5.25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- [10] Patel, V., & Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *International journal of epidemiology*, 36(4), 703–707. <https://doi.org/10.1093/ije/dym147>
- [11] Herrman, H. (2001). The Need for Mental Health Promotion. *Australian & New Zealand journal of psychiatry*, 35(6), 709–715. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00947.x>
- [12] Sim, A., Bowes, L., & Gardner, F. (2019). The Promotive Effects of Social Support for Parental Resilience in a Refugee Context: a Cross-Sectional Study with Syrian Mothers in Lebanon. *Prevention science*, 20(5), 674–683. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-0983-0>
- [13] Chan, K. J., Young, M. Y., & Sharif, N. (2016). Well-being after trauma: A review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian psychology. Psychologie canadienne*, 57(4), 291–299. <https://doi.org/10.1037/cap0000065>
- [14] Ssenyonga, J., Owens, V., & Olema, D. K. (2013). Posttraumatic growth, resilience, and posttraumatic stress disorder (PTSD) among refugees. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 82, 144–148. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.238>
- [15] Sims, K., & Pooley, J. A. (2017). Posttraumatic growth amongst refugee populations: A systematic review. In U. Kumar (Ed.), *The Routledge international handbook of psychosocial resilience* (pp. 230–247). Routledge/Taylor & Francis Group.

-
- [16] Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>
- [17] Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. Routledge.
- [18] International Organization for Migration. (2022). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (2nd ed.). Geneva: IOM.

Einheit 1.4: Psychosoziale Dimensionen des Migrationsprozesses

Einheitsübersicht

Diese Einheit bietet einen Überblick über verschiedene Modelle, die die psychosozialen Prozesse im Zusammenhang mit Migration untersuchen. Zunächst werden psychologische Phasen im allgemeinen Kontext der Migration eingeführt. Danach werden zwei Modelle betrachtet, die die Komplexität der Vertreibung und der „unfreiwilligen Verlagerung“ thematisieren. Schließlich wird das Konzept der „migratorischen Trauer“ diskutiert. Zusätzliches Material enthält Informationen über Akkulturation, Akkulturationsstrategien und akkulturativen Stress.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung](#)
2. [Psychosoziale Prozesse der Migration](#)
3. [Migratorische Trauer](#)

1. Einführung

Migration ist ein komplexer und dynamischer Prozess, der bedeutende psychologische Anpassungen mit sich bringt. Es handelt sich um einen Prozess, **der lange vor dem eigentlichen Akt der Migration beginnt und auch lange nach der Ankunft am neuen Zielort weitergeht.** Das Verständnis der psychologischen Reise der Migration kann Fachkräften helfen, die Erfahrungen der Menschen, die sie unterstützen, besser zu verstehen und ihre unterstützenden Interventionen entsprechend den Bedürfnissen anzupassen. Wie in Einheit 1.3 besprochen, werden der Kontext, in dem Migration stattfindet, und die Umstände, die sie begleiten, sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren bestimmen. Infolge des komplexen Zusammenspiels dieser Faktoren können Individuen resiliente Bewältigungsstrategien entwickeln oder psychische Gesundheitsprobleme mit unterschiedlichen Schweregraden entwickeln.

Das Hauptziel dieser Einheit ist es, ein Rahmenwerk bereitzustellen, das Fachkräften und Freiwilligen hilft, die **komplexen psychologischen Reisen von Migrant:innen und Geflüchteten** zu verstehen. Dieses tiefere

Verständnis ermöglicht es uns, **über die reduktive Sichtweise der sogenannten „Migrant:innen- und Flüchtlingserfahrung“ als ein einziges, traumatisches Ereignis hinauszugehen.** Zu oft **konzentriert** sich die **Unterstützung** im weiten Bereich der Versorgung von Migrant:innen und Geflüchteten **eng auf die Zerstörung und das Aufruhr, die die Migration und Vertreibung ausgelöst haben, während das Leben davor und die fortwährenden Herausforderungen nach der Umsiedlung übersehen werden.** Indem wir unsere Perspektive erweitern und den gesamten Bogen der psychosozialen Prozesse (vor, während und nach der Migration) berücksichtigen, entwickeln wir ein nuancierteres Verständnis für die tiefgreifende Weise, wie die Erfahrung, das eigene Zuhause zu verlieren, das Leben und die Identität neu gestaltet.

2. Psychosoziale Prozesse der Migration

Bei der Arbeit mit Menschen mit Migrationsbiografien ist es wichtig, die **häufige Tendenz zu erkennen, ein Ereignis selbst mit der einzigartigen Weise zu verwechseln, wie es von einer Person, Familie oder Gemeinschaft erlebt wird.** Ein Fehler, der in unserem Bereich gemacht wird, ist, wenn der falsche Glaube, dass alle Menschen einheitlich auf Widrigkeiten reagieren, die korrekte Annahme ersetzt, dass jede Person äußere Ereignisse unterschiedlich erlebt (aufgrund von Faktoren wie ihrer persönlichen und kollektiven Geschichte, kulturellen und gesellschaftlichen Einflüssen, breiteren dominanten Erzählungen, Machtverhältnissen usw.). **Dies führt zu der vereinfachten Vorstellung, dass alle Menschen, die Widrigkeiten wie Krieg oder Naturkatastrophen ausgesetzt sind, zwangsläufig „traumatisiert“ werden.**

Eine solche Sichtweise reduziert die komplexe Realität individueller Erfahrungen auf eine einzige, homogene Erzählung. **Ein richtiges Verständnis von Widrigkeiten erfordert die Identifizierung ihrer unterschiedlichen Komponenten,** zu denen gehören: (a) das Ereignis selbst, (b) die Erfahrung des Ereignisses, (c) die Auswirkungen dieser Erfahrung, (d) die Gesamtreaktion auf die Auswirkungen und (e) wie all diese Elemente anderen gegenüber kommuniziert werden [1]. Oft gibt es die Tendenz, die anfängliche, vereinfachte Wahrnehmung des Ereignisses (z. B. Migration als „Krise“ oder „Trauma“) die Interpretation all dieser Elemente dominieren zu lassen. Rahmenwerke, die die sogenannten „psychologischen Phasen der Migration“ untersuchen, bieten ein ganzheitliches Verständnis, da **sie nicht**

nur die äußeren Stressfaktoren berücksichtigen, sondern auch die individuellen psychosozialen Prozesse, die Migrant:innen durchlaufen, während sie ihr neues Leben navigieren.

→ **VIDEO:** [Chimamanda Ngozi Adichie: Die Gefahr einer einzigen Geschichte | TED \(Video auf Englisch\)](#) 

Diese erweiterte Perspektive fordert einen grundlegenden Wandel in unserem erkenntnistheoretischen Ansatz zur Betreuung. Anstatt Leid zu pathologisieren oder Trauma als unvermeidliches Ergebnis anzunehmen, werden wir ermutigt, die Feinheiten zu erkennen, wie Ereignisse im Laufe der Zeit erlebt und verarbeitet werden [1]. Dies bedeutet auch, Belastung von Störung zu differenzieren [2] und die unterschiedlichen Weisen anzuerkennen, wie Einzelpersonen und Gemeinschaften auf Widrigkeiten und Entbehrungen reagieren. In der Tat fordert uns dieses tiefere Verständnis auf, mit den Menschen, denen wir helfen, als vollständige Personen zu interagieren, die durch ein Kontinuum von Erfahrungen geprägt sind, anstatt sie als statische Opfer einzelner Ereignisse zu betrachten. Es verlagert unseren Fokus von Kriseninterventionen hin zu einem fortlaufenden Prozess psychosozialer Betreuung, der die Komplexität der Migration als transformative, facettenreiche Reise würdigt.

© **Hauptpunkt:** *Psychosoziale Dimensionen des Migrationsprozesses – Theorie in die Praxis umsetzen*

Aber wie können wir dies im Kontext unserer täglichen Arbeit anwenden? Bei der Arbeit mit einer Person oder einer Familie kann es hilfreich sein, Folgendes zu berücksichtigen: (1) **In welcher Migrationsphase sie sich befinden**, (2) **welche Herausforderungen sie derzeit bewältigen müssen**, und (3) **welche emotionalen Prozesse mit diesen Herausforderungen verbunden sind** [1].

Die schwierigen Umstände, die mit der gelebten Erfahrung von Migrant:innen verbunden sind, stehen in ständigem Dialog mit den externen und internen Ressourcen, die ihnen zur Verfügung stehen. Wie in den vorherigen Einheiten erläutert, könnte eine Person, die die Sprache der aufnehmenden Gesellschaft nicht spricht und erhebliche finanzielle Schwierigkeiten hat, aber gleichzeitig hochgradig anpassungsfähig ist und über ein starkes soziales Unterstützungsnetzwerk verfügt, weniger wahrscheinlich schwere psychische Gesundheitsprobleme entwickeln. Im Gegensatz dazu wird eine Person, die mit ähnlichen Herausforderungen

konfrontiert ist, aber über diese Ressourcen nicht verfügt, anfälliger für negative psychische Gesundheitsfolgen sein. Selbst wenn ein Migrant funktional an die aufnehmende Gesellschaft angepasst ist, bleibt es für Fachkräfte wichtig, **einfühlsam auf seine Bedürfnisse, Fähigkeiten und Ressourcen einzugehen und darauf zu achten, wie diese sich im Verlauf des Migrationsprozesses entwickeln.**

Der folgende Abschnitt beschreibt die psychosozialen Prozesse, die Migrant:innen und Geflüchtete voraussichtlich erleben, wenn sie ihre Heimatländer verlassen. Er ist in zwei Teile gegliedert: Der erste Teil präsentiert eine allgemeine Konzeptualisierung, die die Phasen beschreibt, die Migrant:innen in Bezug auf zentrale emotionale Aspekte und familiäre Dynamiken durchlaufen können, während der zweite Teil sich auf die Besonderheiten der Erfahrung von Geflüchteten konzentriert.

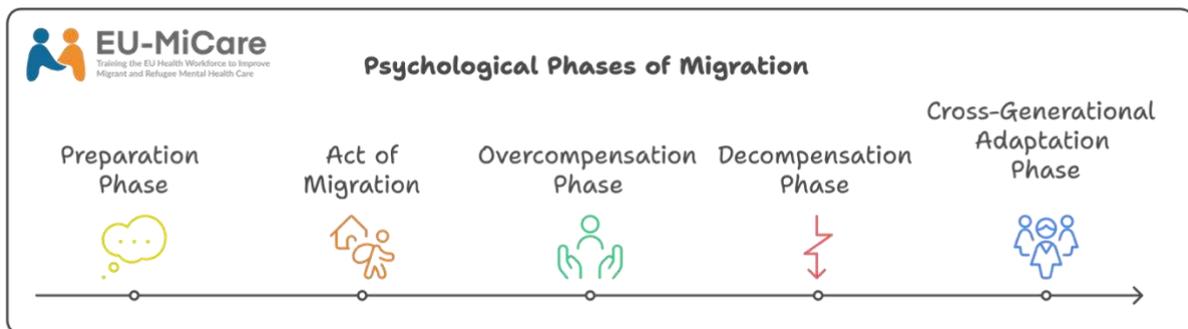
Allgemeine psychologische Phasen der Migration

Der erste Prozess, der in dieser Einheit beschrieben wird, bezieht sich auf die psychologischen Erfahrungen von Individuen, die zur Migration gezwungen sind. Wir beziehen uns auf zwei Schlüsselfiguren in diesem Bereich: Carlos E. Sluzki [4], einen argentinischen Psychiater und Experten für Migration und Familientherapie, sowie Prof. Wielant Machleidt [5], einen deutschen Psychiater, der für seine Arbeit in der transkulturellen Psychiatrie und in der migrationbezogenen psychischen Gesundheit bekannt ist.

Sluzki entwickelte ein grundlegendes Modell, das die psychologischen Phasen der Migration skizziert und sich auf die **funktionale Anpassung („functional adaptation“)** konzentriert. Im Kontext der Migration bezieht sich funktionale Anpassung auf **den Prozess, durch den Individuen lernen, sich den Herausforderungen ihrer neuen Umgebung anzupassen und diese zu bewältigen, insbesondere in Bezug auf psychisches und soziales Funktionieren.** Diese Anpassung umfasst **das Erlernen, wie man die sozialen Normen, Gesetze und kulturellen Praktiken der Aufnahmegesellschaft navigiert, während man die Fähigkeit bewahrt, mit den Belastungen der Migration umzugehen.** Eine erfolgreiche funktionale Anpassung zeichnet sich durch die Fähigkeit einer Person aus, sich in die neue Umgebung zu integrieren und ihr geistiges und emotionales Wohlbefinden zu bewahren, oft durch die Entwicklung **neuer Bewältigungsstrategien und Unterstützungssysteme** [4].

Dieses Modell legte den Grundstein für nachfolgende Beiträge, wie zum Beispiel die von Machleidt [5], der die **emotionalen Aspekte der Migration** betonte. Das Modell schlägt vor, dass der psychologische Prozess der Migration in fünf Phasen unterteilt werden kann, die alle Migrant:innen unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund erleben (Abbildung 1.4.1). Indem die **zirkuläre Natur von Emotionen, die Auswirkungen sozialer Ausgrenzung** und die **Bedeutung kultureller Integration („cultural integration“)** anerkannt werden, können Fachkräfte und Freiwillige besser mit Migrant:innengruppen arbeiten und ihre nachhaltige Anpassung an neue Heimatländer unterstützen.

Abbildung 1.4.1. „Psychologische Phasen der Migration“



Hinweis: Grafik entwickelt vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von Sluzki (2010) und Machleidt (2013))

[Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (p. 108-123). Berlin: Psychiatrie Verlag; and, Machleidt, M. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen.* (1st Ed). Stuttgart. W. Kohlhammer GmbH.]

In der folgenden Tabelle werden die einzelnen Phasen näher erläutert, indem beide Modelle integriert und die zentralen emotionalen Aspekte sowie familiären Dynamiken dargestellt werden, die jeweils auftreten können [4,5].

Psychologische Phasen der Migration⁴

Phase	Wichtige Emotionale Aspekte	Familiendynamik
<p>Vorbereitungsphase</p> <p>Der Entscheidungsprozess. Diese Phase umfasst die Entscheidungsfindung, die Planung und die Erwartung vor der Migration.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Angst • Ungewissheit • Euphorie und Hoffnung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gespräche über die Entscheidung zur Migration • Konflikte aufgrund der Trennung der Familie oder weil die Migration den gesamten Familienkern betrifft und nicht immer eine Entscheidung ist, die von allen Familienmitgliedern geteilt wird.
<p>Migrationsakt</p> <p>Der tatsächliche Prozess des Umzugs, der kurz oder langwierig sein kann.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stress und Angst aufgrund der Unsicherheit über die Reise und die Ankunft sowie die emotionalen Auswirkungen der Trennung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ein „Abschiedstrauer“ [5] kann auftreten, die den Verlust vertrauter Rollen (z. B. als Betreuer einer Familie) und Umgebungen umfasst.
<p>Überkompensationsphase</p> <p>Die erste Zeit nach der Ankunft ist von einer „Flitterwochenphase“ [5] geprägt, die durch eine Idealisierung der Aufnahmekultur gekennzeichnet ist. Diese Phase kann zwischen sechs Monaten und ein bis zwei Jahren dauern. Das Hauptziel besteht darin, sich in der neuen Umgebung zurechtzufinden und die Existenzsicherung im Aufnahmeland zu gewährleisten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Optimismus und Enthusiasmus • Gemischte Emotionen: Neugier, Angst, Scham, Traurigkeit und Freude • Allmähliche emotionale Verarbeitung durch den Austausch mit anderen in ähnlichen Situationen • Funktionales Stressmanagement (d. h. die Fähigkeit, mit den Belastungen des Lebens auf gesunde Weise umzugehen) auf dem höchsten Niveau 	<ul style="list-style-type: none"> • Konflikte treten in den Hintergrund • Typische Familiendynamiken und -normen werden betont; d. h., eng verbundene Familien zeigen möglicherweise eine engere emotionale Bindung zwischen verschiedenen Familienmitgliedern, während bereits distanzierte Familien eine verstärkte Distanz aufweisen könne
<p>Dekompensationsphase</p> <p>Zwei Hauptunterphasen:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ernüchterung und Idealisierung der Herkunftskultur • Langsamer Übergang von Euphorie zur Trauer • Akkulturationsstress („acculturative stress“), d. h. die 	<ul style="list-style-type: none"> • Infragestellung der eigenen Identität, frühere Bewältigungsstrategien können weniger wirksam sein; Verlust der früheren Rolle in Gesellschaft oder Familie

⁴ Wie in Einheit 1.1 besprochen, werden viele sogenannte „freiwillige“ oder „wirtschaftliche“ Migrant:innen durch zwingende Umstände motiviert, was ihre Entscheidung weniger eine Frage des freien Willens und mehr eine Frage des Überlebens macht. Selbst wenn sie nicht direkt vor Krisen oder schmerzhaften Widrigkeiten (wie gewaltsamen Konflikten oder Klimakatastrophen) fliehen, zwingen sie strukturelle Kräfte wie wirtschaftliche Not, politische Instabilität, soziale Ungleichheit und Umweltzerstörung oft zur Migration.

<p>1. Kritische Anpassungsphase (Schwierigkeiten, sich an die neue Umgebung anzupassen)</p> <p>2. Trauerphase (emotionale Trauer über das Verlassen des Herkunftslandes)</p>	<p>psychologische Belastung durch die Anpassung an eine neue Kultur, kann erheblichen Einfluss haben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angst und Frustration, wobei sich ein zyklisches Muster der Emotionen aus der vorherigen Phase zeigt • Psychische Gesundheitsprobleme und Krisen können auftreten 	<ul style="list-style-type: none"> • Mögliche kulturelle Konflikte, da Kinder und Jugendliche sich schneller an die neue Kultur anpassen als andere Familienmitglieder • Veränderungen in Familienrollen und -strukturen aufgrund neuer Arbeitssituationen und Schule • Auswirkungen auf die bereits vorhandenen Ressourcen der Familie
<p>Generationenübergreifende Anpassungsphase</p> <p><i>Integration traditioneller Werte mit neuen kulturellen Normen. Diese Phase entspricht der nachhaltigen Integrationsphase (siehe Einheit 1.1), wie sie von der IOM beschrieben wird, in der Individuen beginnen, das Aufnahmeland als ihr eigenes zu betrachten.</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>Gesundheitsrisiken</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhtes Risiko für stressbedingte psychische Gesundheitsprobleme aufgrund hochbelastender Erfahrungen • Anpassungsschwierigkeiten, die zu einem höheren Belastungsniveau führen • Frühere belastende Erlebnisse und psychische Schwierigkeiten können durch aktuelle Stresssituationen reaktiviert werden <ul style="list-style-type: none"> • Interne Veränderungen, einschließlich emotionaler Resilienz und Bewältigungsstrategien bei Stress • Erlangung eines gewissen Maßes an Wirksamkeit in der neuen Umgebung • Anpassung der Einstellung gegenüber der neuen Kultur • Anpassung ursprünglicher kultureller Gewohnheiten • Entwicklung interkultureller Kompetenz durch den Erwerb von Fähigkeiten, die notwendig sind, um effektiv in der neuen Kultur zu navigieren und zu kommunizieren • Gefühl der Zugehörigkeit in beiden kulturellen Kontexten, was das Selbstwertgefühl und das emotionale Wohlbefinden steigert. Das Scheitern, dieses 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenzielle Konflikte zwischen den Generationen (z. B. Migrant:inneneltern und ihren Kindern, die im Aufnahmeland geboren und/oder aufgewachsen sind) in Bezug auf Sprache, Verhalten oder Werte • Der Lebensstil späterer Generationen ähnelt zunehmend dem der Aufnahmegesellschaft • Rollenwechsel, bei dem Kinder von Migrant:innen, die im neuen Land geboren wurden (zweite Generation), oft die Aufgabe übernehmen, die beiden unterschiedlichen Kulturen um sie herum in Einklang zu bringen und als „kulturelle Vermittler“ innerhalb ihrer Ursprungsfamilien und/oder mit neuen Migrant:innen/Neuzugängen aus ihrem Heimatland zu fungieren

	<p>Gleichgewicht zu erreichen, kann zu Gefühlen der Entfremdung von beiden Kulturen führen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Ambivalenz, gekennzeichnet durch eine Mischung aus Stolz und Ressentiments, Loyalität und Distanz gegenüber dem eigenen Erbe 	<ul style="list-style-type: none"> • Jüngere Generationen können durch Hoffnungen auf ein besseres Leben motiviert sein, was Erfolg auf akademischer oder beruflicher Ebene antreibt, aber auch emotionalen Druck erzeugt, um die Erwartungen der Familie zu erfüllen • Verschiedene Grade der Identifikation mit der Kultur der Ursprungsfamilie in der zweiten, dritten und vierten Generation
<p>Bi- oder Multikulturelle Identität und Inklusionsphase</p> <p><i>Diese Phase konzentriert sich darauf, wie Individuen und Familien zwei (oder mehr) kulturelle Identitäten navigieren und harmonisieren. Sie betrifft mehr die individuelle Identitätsbildung als die Familiendynamik. In dieser Phase schaffen Menschen eine kohärente Identität, die Elemente beider Kulturen miteinander vereint und ausbalanciert.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Innerer Konflikt und emotionale Spannung zwischen den verschiedenen kulturellen Identitäten, das Gefühl, zwischen der Herkunftskultur und den Normen der Aufnahmegesellschaft hin- und hergerissen zu sein • Verwirrung, Angst oder Schuldgefühle, insbesondere wenn diese kulturellen Aspekte inkompatibel erscheinen • Gefühl von Stolz, Zugehörigkeit und Stabilität, das sich mit der Zeit entwickelt • In der Lage sein, Aspekte beider Kulturen authentisch auszudrücken, ohne Angst vor Ablehnung zu haben 	<ul style="list-style-type: none"> • Spannung zwischen älteren Familienmitgliedern (die möglicherweise stärker an traditionellen Werten festhalten) und jüngeren Generationen (die sich in der Regel schneller an die Aufnahmekultur anpassen) • Das Gleichgewicht zwischen unterschiedlichen kulturellen Erwartungen innerhalb der Familie wahren, wie zum Beispiel das Bewahren traditioneller kultureller Werte, während man sich an neue gesellschaftliche Normen anpasst

→ **VIDEO:** [Michael Rain: Wie es ist, das Kind von Migrant:innen zu sein | TED \(Video auf Englisch\)](#)

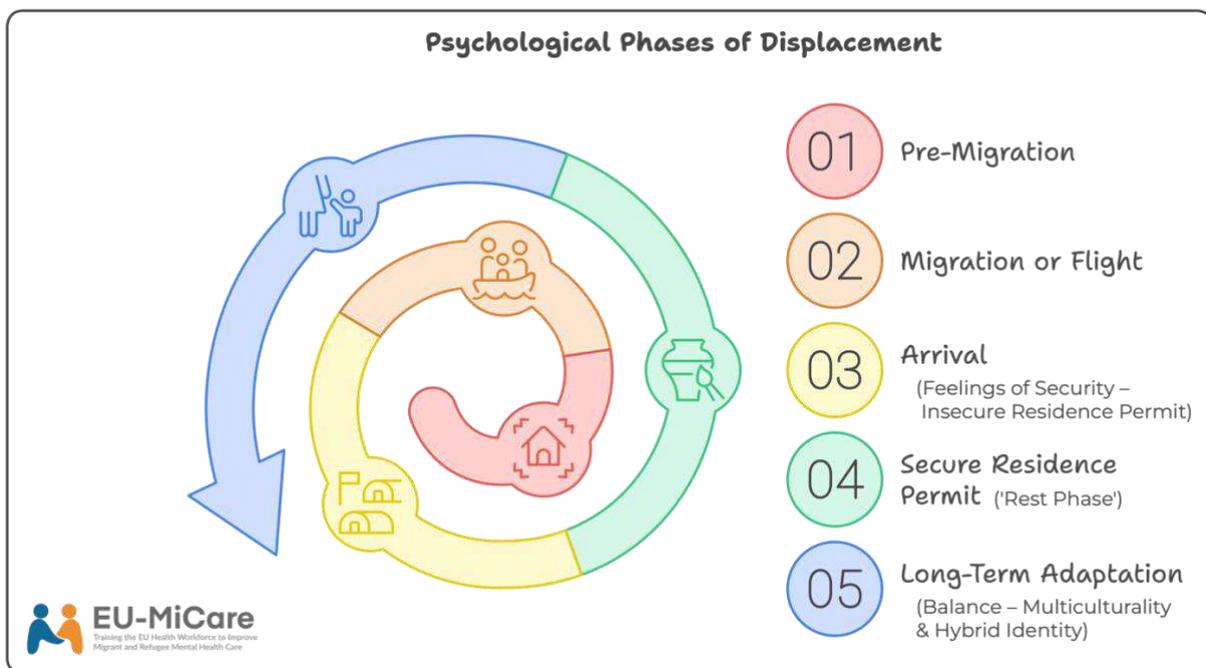
Psychologische Phasen der Vertreibung

Die psychologische Reise von Menschen, die durch Konflikte, Verfolgung oder Umweltkatastrophen vertrieben wurden, unterscheidet sich erheblich von derjenigen von Migrant:innen, die unter weniger belastenden Umständen auswandern. Häufig überschneidet sich die kritische Anpassungsphase mit dem

Prozess der Vertreibung, was die psychischen Gesundheitsprobleme verstärken kann. Zudem sind bekannte Bewältigungsmechanismen und Unterstützungsnetzwerke aus dem Heimatland möglicherweise nicht im neuen Umfeld vorhanden, was zu Identitätskrisen führen kann [6].

Es ist wichtig, die Eigenheiten der verschiedenen Phasen in diesem Kontext zu reflektieren, da jede Phase einzigartige Herausforderungen und Chancen mit sich bringt und unterschiedliche Formen der Unterstützung erfordert (einschließlich psychologischer Hilfe, humanitärer Unterstützung und gemeinschaftlicher Ressourcen). Die folgende Grafik (Abbildung 1.4.2) bietet einen kurzen Überblick über die psychologischen Phasen der Vertreibung.

Abbildung 1.4.2. „Psychologische Phasen des ‚Displacement‘“



Hinweis: Grafik entwickelt vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von Kizilhan (2012) [Kizilhan, J.I. (2012). Kultursensible Psychotherapie. Berlin: VWB.]

Eine ausführlichere Übersicht ist im  [Repository](#) (siehe 1.4 – Handout 1. “Psychological Phases of Displacement”), das die wichtigsten emotionalen Prozesse jeder Phase hervorhebt [6,7]. Abbildung 1.4.1-R im gleichen Handout, erstellt vom deutschen Psychologen und Trauma-Experten Dr. Jan Ilhan Kizilhan, **bietet eine visuelle Darstellung der Prozesse, die sowohl bei gemischter Migration als auch bei Vertreibung**, wie in dieser Einheit besprochen, eine Rolle spielen.

© **Hauptpunkt: Interne und Externe Prozesse der „involuntary dislocation“**

Prof. Renos Papadopoulos schlägt ein Modell vor, das aus **sechs Segmenten** und **vier Phasen** besteht, die er als „involuntary dislocation“⁵ bezeichnet [1], auch hier als „Vertreibung“ bezeichnet. Wie in Einheit 1.1 besprochen, sollte *involuntary dislocation* als ein langfristiger Prozess verstanden werden, nicht als ein einmaliges Ereignis, das an einem einzigen Punkt stattfindet. **Diese Reise beginnt mit der „dislocation“ (≈ Entwurzelung)** – dem anfänglichen Gefühl, dass die Heimat nicht mehr wie die Heimat erscheint, gefolgt von der Abreise aus der Heimat – und geht bis zur „*recolation*“ (≈ **Neuansiedlung**) – der Suche nach, Entdeckung und dem Leben in einem neuen Zuhause – **und umfasst sowohl interne als auch externe Dimensionen**. Durch die Unterscheidung dieser Aspekte können wir die Feinheiten der folgenden sechs Phasen (oder Segmente) dieses Prozesses besser nachvollziehen [1]:

1. **Interne „dislocation“:** Das anfängliche Gefühl, sich in der gewohnten Umgebung nicht mehr „zu Hause“ zu fühlen, wobei die Heimat nicht mehr als sicher oder lebensfähig erlebt wird.
2. **Externe „dislocation“:** Das erzwungene Verlassen des physischen oder symbolischen Zuhauses, weil es unsicher geworden ist, was das Fliehen aus einem geografischen Raum oder das Abgeschnittensein von kulturellen, spirituellen oder psychologischen Elementen der Heimat beinhalten kann.
3. **Sehnsucht nach einem neuen Zuhause:** Die Suche nach einem neuen Ort, der Sicherheit bietet und die Möglichkeit eröffnet, ein tragfähiges Zugehörigkeitsgefühl zu entwickeln.

⁵ **Involuntary dislocation** ist ein von Renos Papadopoulos geprägter Fachbegriff, der auf Deutsch mit *unfreiwillige Entwurzelung* übersetzt werden kann. Da es sich um ein spezifisches theoretisches Konzept handelt, wird im Text weiterhin der englische Originalbegriff verwendet, um Verwechslungen mit allgemeineren Bedeutungen zu vermeiden.

4. **Identifikation eines neuen Zuhauses:** Das Finden eines Ortes, der das Potenzial hat, ein neues, sicheres Zuhause zu werden.
5. **Ankommen:** Der Kampf, ein neues Zuhause zu etablieren und ein Gefühl von Komfort und Sicherheit in diesem neuen Raum wiederherzustellen.
6. **Sinnfindung aus der Erfahrung:** Die Verarbeitung und das Verständnis der komplexen Ebenen der Vertreibung und ihrer emotionalen, psychologischen und existenziellen Auswirkungen.

Diese Segmente werden durch die folgenden vier Phasen ergänzt [1], die als Alternative zu anderen Klassifikationen des Migrations- und Geflüchtetenprozesses angeboten werden, wie sie oben erwähnt wurden.

1. **Antizipation:** Diese Phase konzentriert sich auf die Zeit vor dem Verlassen der Heimat. Die Individuen sind sich der drohenden Gefahr bewusst und müssen schnell, unter hohem Druck, Entscheidungen treffen – nicht nur für sich selbst, sondern auch für ihre Lieben. Sie stehen vor der Unsicherheit, ob sie bleiben oder gehen sollen, wobei sie unter intensivem Druck stehen, da die Zeit begrenzt ist und jede Entscheidung Konsequenzen hat. Diese Phase lässt sich in zwei Unterphasen unterteilen: (1) wenn die Heimat noch als sicher wahrgenommen wird, und (2) wenn sie beginnen, die Realität der „initialen Vertreibung“ zu akzeptieren, d.h., der Moment, in dem sie erstmals der Tatsache ins Auge sehen, dass sie ihre Heimat verlassen müssen und dass die Abreise unvermeidlich ist.
2. **Devastating Events:** Diese Phase markiert den Ausbruch gefürchteter Ereignisse, einschließlich traumatischer Erlebnisse (wie lebensbedrohliche Bedrohungen). Diese Erfahrungen bilden einen zentralen Teil der Erzählung des Individuums und prägen seine emotionale und psychologische Reaktion auf die Vertreibung. Diese Phase wird auch häufig als „das Trauma“ bezeichnet.
3. **Überleben:** Hier liegt der Fokus auf dem unmittelbaren Überleben: Schutz, Nahrung, Wasser und Sicherheit zu sichern. Die Individuen erleben einen Mangel an Kontrolle, da Entscheidungen über ihren täglichen Ablauf oft für sie getroffen werden, was sie in einen vorübergehenden Zustand versetzt, in dem sie wenig bis keine Entscheidungsfreiheit haben. Das Überleben kann auch die Suche nach medizinischer Hilfe, die Wiedervereinigung mit Familienmitgliedern und die Navigation durch Notfallhilfe und Unterstützung umfassen.
4. **Anpassung:** Während sich die Individuen in langfristigen Unterkünften niederlassen, nimmt die Unsicherheit ab. Sie beginnen, sich neuen Herausforderungen zu stellen (zum Beispiel Anpassung an eine andere Kultur,

Erlernen einer neuen Sprache und Bewältigung des Alltags), während sie sich eine Zukunft in der neuen Umgebung vorstellen, obwohl Migrationsgesetze diese Perspektive beeinflussen können.

Jede Person erlebt diese Prozesse auf einzigartige Weise, beeinflusst von ihren individuellen Umständen. **Der Übergang von der Vertreibung zur Neuansiedlung kann Phasen des Kämpfens, der Anpassung und der Versöhnung mit den Verlusten beinhalten, die während der Vertreibung erlitten wurden, sowie Anstrengungen, ein kohärentes Selbstverständnis in einem neuen Kontext wieder aufzubauen [1].**

3. Migratorische Trauer

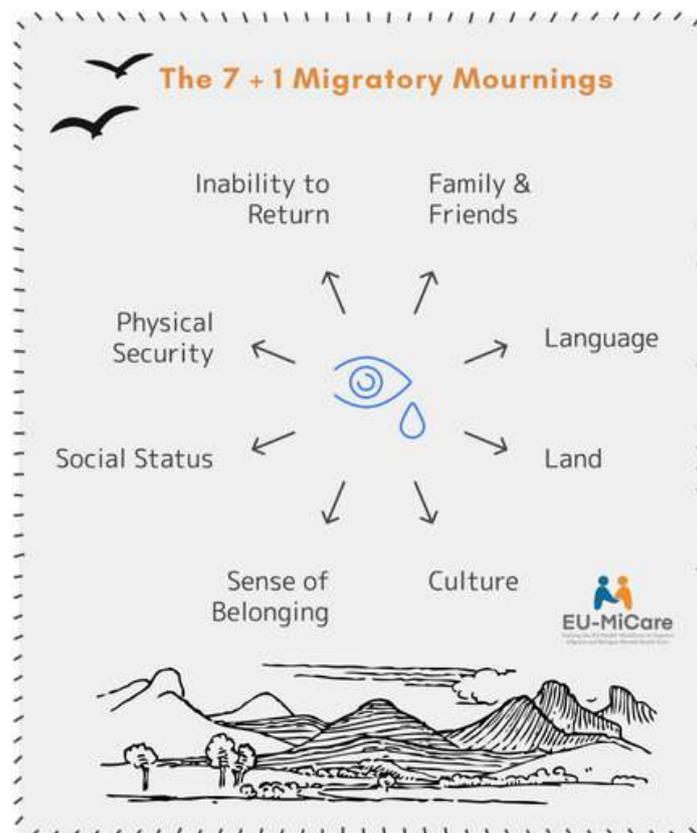
Das Ulysses-Syndrom, auch bekannt als „**migratorische Trauer**“ („**migratory mourning**“) oder „das Syndrom des Migrant:innen mit chronischem und multiplen Stress“, ist ein Konzept, das 2002 vom spanischen Psychiater Dr. Joseba Achotegui eingeführt wurde [8], um die psychologischen und emotionalen Herausforderungen zu beschreiben, denen Migrant:innen während des Migrationsprozesses begegnen. Inspiriert von der mythischen Reise des griechischen Helden Odysseus (Ulysses), kann dieses Modell Fachkräften helfen, spezifische Bereiche im Leben von Migrant:innen zu identifizieren, die besondere Aufmerksamkeit erfordern, um Resilienz zu fördern und schwere psychische Gesundheitsprobleme zu verhindern.

Ähnlich wie oben beschrieben, pathologisiert das Modell nicht die psychologischen Reaktionen auf Migration, sondern dient als Rahmen, um die psychologischen Anpassungen zu identifizieren, die Migrant:innen aufgrund von mehrfachen Verlusten und anhaltenden Herausforderungen durchlaufen [9]. Die folgende Grafik und Tabelle stellen die sieben Trauerbereiche des Ulysses-Syndroms dar, zusammen mit einem zusätzlichen Bereich, der von Prof. González Calvo vorgeschlagen wurde. Er hat zur Erweiterung von Achoteguis Theorie beigetragen, indem er wichtige Merkmale der migratorischen Trauer identifizierte, wie ihre teilweise, wiederkehrende und multiple Natur [10,11]. Weitere Informationen zur praktischen Anwendung dieser Theorie sind im  **Repository** (siehe 1.4 – Handout 2. „Migratory Mourning“).

→ **VIDEO: Ulysses-Syndrom und Wege zur Heilung (Video auf Englisch)** 

Im Rahmen ihres Projekts „Das Ulysses-Syndrom und Wege zur Heilung“ hat Hui International in Zusammenarbeit mit Dr. Joseba Achotegui eine Reihe mehrsprachiger Ressourcen entwickelt (einschließlich Englisch, Arabisch, Farsi, Paschtu und Ukrainisch), **um das Bewusstsein für die Stressfaktoren oder migratorischen Trauerphasen zu schärfen, mit denen Migrant:innen und Geflüchtete weltweit konfrontiert sind.** Ein nützliches 4-seitiges Informationsblatt ist [hier](#). Dieses Dokument sowie weitere Materialien aus demselben Projekt sind im  [Repository](#) (siehe [Module 1, Useful Resources](#)).

Abbildung 1.4.3. „Die 7 + 1 Migratorischen Trauerprozesse“



Hinweis: Grafik entwickelt vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von Achotegui (2024) [Achotegui, J. (2024). Migratory grief, as partial, recurrent and multiple grief. *International Journal of Family & Community Medicine*, 8(2), 44–47. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2024.08.00348>]

Die 7 + 1 Migratorischen Trauerprozesse

Familie & Freunde	Emotionale Schmerzen durch das Zurücklassen von Familie, Freunden und vertrauten sozialen Netzwerken.
Sprache	Frustration und Isolation aufgrund des Verlusts der Fähigkeit, sich in einer neuen Sprache fließend zu verständigen.
Land	Diese Art der Trauer umfasst das Konzept der „Erde“ in einem breiteren Sinne: die Landschaften, Farben, Gerüche, Helligkeit, das Klima usw.
Kultur	Herausforderungen bei der Anpassung an eine neue Kultur mit unterschiedlichen Normen, Gewohnheiten und Werten. Dies hängt mit dem Akkulturationsprozess („Acculturation“) zusammen.
Gefühl der Zugehörigkeit	Der Verlust unserer Zugehörigkeitsgruppe, in der wir identifiziert und anerkannt werden. Erfahrungen von Vorurteilen, Rassismus, Xenophobie, Marginalisierung und Ausgrenzung im Aufnahmeland können psychisches Leid verstärken.
Status	Verlust des sozialen Status (z. B. das Übernehmen eines schlecht bezahlten Jobs). Einschränkungen aufgrund einer unsicheren Wohnsituation können ebenfalls einen Statusverlust darstellen (z. B. Geflüchtete, die aufgrund der eingeschränkten Anerkennung ihrer vorherigen beruflichen Ausbildung spezifische Einschränkungen in Bezug auf Wohnmöglichkeiten oder berufliche Chancen haben).
Physische Sicherheit	Angst vor körperlicher Gefahr während der Reise oder im Gastland. In vielen Fällen sind die Risiken, die vor Ort bestehen, nicht so hoch wie die Gefahren, die zurückgelassen wurden.
Unfähigkeit zur Rückkehr [10]	Für manche Menschen bleibt das Gefühl und der Wunsch, zurückzukehren, oft bestehen und wird nie vollständig aufgegeben. Für einige Migrant:innen kann es möglich sein, irgendwann zurückzukehren, wenn die wirtschaftlichen Bedingungen und die Verwaltung dies zulassen, selbst wenn es nur darum geht, geliebte Menschen zu besuchen. Für andere wird dies aufgrund von Konflikten, politischer Verfolgung, wirtschaftlicher Instabilität und anderen Gründen nicht einmal eine Option sein.

 **Reflexionspause: Persönliche Reflexion**

Denken Sie an eine Person, die Sie derzeit unterstützen oder mit der Sie in Kontakt stehen.

- In welcher Phase befinden sie sich Ihrer Meinung nach gerade? Können Sie eine Phase identifizieren, die sie bereits durchlaufen haben?
- Unter Verwendung der Theorie der Migratorischen Trauer, kombiniert mit den oben beschriebenen Informationen, welche Bereiche könnten als Ressource für diese Person in ihrer neuen Umgebung dienen? Wo liegen ihre aktuellen Herausforderungen und wo könnte sie tieferer Trauer ausgesetzt sein?
- Welche Interventionen oder Überweisungen können Sie aus Ihrem Arbeitsfeld einleiten, um ihre funktionale Anpassung zu unterstützen und ihre psychische Gesundheit in der neuen Umgebung zu fördern?

Abgeleitet aus dem [Ulysses Syndrome Project](#)

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. Routledge.
- [2] Horwitz, A. V. (2007). Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health (London, England: 1997)*, 11(3), 273–289. <https://doi.org/10.1177/1363459307077541>
- [3] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe Verlag.
- [4] Sluzki, C. E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Eds.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (pp. 108-123). Psychiatrie Verlag.
- [5] Machleidt, M. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen* (1st ed.). W. Kohlhammer GmbH.
- [6] Kizilhan, J. I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie*. VWB.
- [7] Kizilhan, J. I. (n.d.). Psychologische Phasen der Migration [Video]. MiMi Gewaltprävention. <https://mimi-gewaltpraevention-lernen.de/migration/> [Accessed September 18. 2024].
- [8] Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief: The Ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine*, 6, 303-305. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295>
- [9] Achotegui, J., Solanas, A., Fajardo, Y., Espinosa, M., Bonilla, I., & Espeso, D. (2017). Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: Escala Ulises. *Norte de Salud Mental*, 15(57), 13-23.
- [10] González Calvo, V. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, núm. 7, 77-97.
- [11] Achotegui, J. (2024). Migratory grief, as partial, recurrent, and multiple grief. *International Journal of Family & Community Medicine*, 8(2), 44–47. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2024.08.00348>

Einheit 1.5: Häufige psychische Gesundheitsstörungen bei Migrant:innen und Geflüchteten

Einheitsübersicht

Diese Trainingseinheit bietet einen Überblick über die unterschiedlichen Ergebnisse und Begrenzungen der bestehenden Forschung zu psychischen Gesundheitszuständen im Kontext der Migration. Sie betont auch die Bedeutung der Unterscheidung zwischen schweren psychiatrischen Erkrankungen und normalen Reaktionen auf Belastungen. Eine kurze Beschreibung gängiger diagnostischer Kategorien wird zusammen mit kulturellen Überlegungen bereitgestellt. Es wird argumentiert, dass der Wechsel von einem biomedizinischen Ansatz innerhalb der dominierenden Psychiatrie hin zu einem ganzheitlichen Verständnis der sozialen, kontextuellen und strukturellen Faktoren, die das psychosoziale Wohlbefinden von Migrant:innen und Geflüchteten beeinflussen, erforderlich ist.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung](#)
2. [Aktuelle Erkenntnisse zu psychischen Gesundheitsproblemen bei Migrant:innen und Geflüchteten](#)
3. [Überlegungen zu Interventionen bei Migrant:innen mit psychischen Gesundheitsproblemen](#)
4. [Häufige diagnostische Kategorien](#)

1. Einführung

Wie in den vorherigen Einheiten gesehen, definiert die WHO psychische Gesundheit als einen Zustand, in dem Individuen ihr Potenzial erkennen, mit den Stressfaktoren des Lebens umgehen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten [1]. **Migration kann diesen Zustand gefährden aufgrund der belastenden Gründe für die Abreise aus der Heimat, der schwierigen Reisebedingungen und der Herausforderungen, die im neuen Umfeld auftreten.**

Diese Stressfaktoren können zu negativen psychischen Auswirkungen führen und speziell bei Geflüchteten zu einer „normalen Reaktion auf abnormale Umstände“ führen, die unter anderem nostalgische Desorientierung umfasst – ein Verlangen nach der Vergangenheit, während man sich in der Gegenwart verloren fühlt [2]. Allerdings werden **nicht alle Migrant:innen Stress nur negativ erleben oder darauf negativ reagieren; für die meisten bedeutet Migration auch eine Gelegenheit zur Schaffung neuer Bedeutungen und zum Wiederaufbau einer neuen Normalität.**

Die Unterscheidung zwischen normalen psychischen Reaktionen und potenziellen psychischen Störungen bei Individuen, die stressige Migrationsreisen durchgemacht haben, ist entscheidend. Normale psychische Reaktionen auf stressbedingte Migration können vorübergehende Gefühle von Traurigkeit, Angst und Schlafstörungen umfassen. Diese Reaktionen sind in der Regel **proportional zum Stressfaktor** und **neigen dazu, abzunehmen, wenn sich die Person an die neue Umgebung anpasst.**

Wenn diese Symptome jedoch **anhalten, im Laufe der Zeit intensiver werden** oder die **Fähigkeit zur Funktionsfähigkeit erheblich beeinträchtigen**, können sie auf das Vorliegen einer psychischen Störung hinweisen [3-6]. Symptome, die auf die Entwicklung einer Pathologie hindeuten können, umfassen langanhaltende Depressionen, schwere Ängste, kontinuierliche Schlafstörungen oder aufdringliche Gedanken, **die trotz anderer Formen der psychosozialen Unterstützung fortbestehen** und **mit der Zeit nicht nachlassen.** Es ist daher entscheidend, dass Fachleute und Ehrenamtliche diese Symptome sorgfältig überwachen, um zwischen adaptiven Reaktionen als Folge der Belastung und Anzeichen schwerwiegenderer Zustände zu unterscheiden, die eine spezialisierte Intervention erfordern.

2. Aktuelle Erkenntnisse zu psychischen Gesundheitsproblemen bei Migrant:innen und Geflüchteten

Forschung im Bereich psychische Gesundheit und Migration zeigt gemischte Ergebnisse, was es **schwierig macht, allgemeingültige Schlussfolgerungen zu ziehen.** Studien konzentrieren sich typischerweise auf Angstzustände, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und in geringerem Maße auf psychotische Störungen. Besonders bei Geflüchteten berichtet die American Psychiatric Association von einer breiten Variation in der Häufigkeit von psychischen Gesundheitsstörungen [7]:

- 4% bis 40% für Angststörungen
- 5% bis 44% für Depressionen
- 9% bis 36% für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)

Diese weite Variation zwischen verschiedenen Studien kann darauf zurückgeführt werden, **dass in vielen Fällen die Beziehung zwischen psychischen Gesundheitsstörungen und unterschiedlichen Arten von Migration, sozioökonomischen Faktoren, Kultur und Kontext nicht berücksichtigt wird.** Abweichungen entstehen auch aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit der Stichprobengröße und -auswahl, der Zuverlässigkeit und kulturellen Anpassung von Instrumenten, dem Fehlen von Langzeitstudien und einer zu starken Abhängigkeit von Selbstberichten [8]. Es ist wichtig zu betonen, dass alarmierende Statistiken über psychische Erkrankungen unter Migrant:innenpopulationen **nicht immer durch systematische Übersichtsarbeiten gestützt** werden. Die Häufigkeit von psychischen Störungen **variiert erheblich** zwischen Menschen unterschiedlicher kultureller Hintergründe und wird von einer Reihe persönlicher, sozialer und kultureller Faktoren beeinflusst [8,9]; mit anderen Worten, **Migration kann ein stressiger Prozess sein, aber nicht jeder Migrant wird auf Stress auf die gleiche Weise reagieren.**

© **Hauptpunkt:** *Ein Einblick aus der Forschung zur psychischen Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten*

Eine Überprüfung von Studien in Europa ergab **keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf psychische Erkrankungen zwischen Migrant:innen- und Nicht-Migrant:innen-Populationen** [10]. Nur PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) war unter Geflüchteten häufiger als unter Nicht-Geflüchteten. Dennoch ist es nicht die häufigste Erkrankung – Depressionen sind es, die nur einen kleinen Prozentsatz der Menschen betreffen, ähnlich wie in der allgemeinen Bevölkerung.

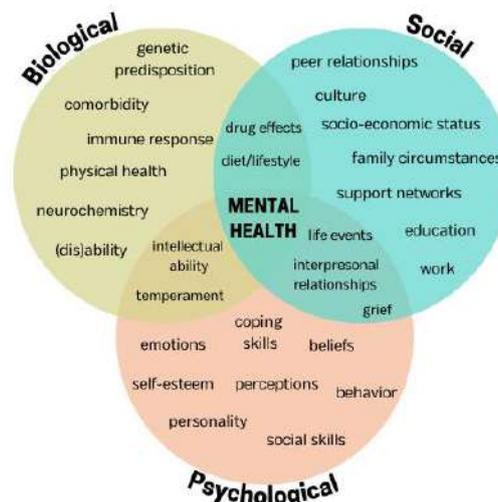
Tatsächlich zeigen Studien, dass die psychischen Gesundheitsprobleme von Migrant:innen häufig mit ihrem Integrationsprozess und den sozialen Faktoren zusammenhängen, mit denen sie im Gastland konfrontiert sind [11,12]. Erfahrungen von Gewalt, Ausbeutung und Inhaftierung erhöhen die Anfälligkeit für psychische Störungen [11-13], wobei Überlebende von Menschenhandel anfälliger sind, PTBS zu entwickeln [14].

3. Überlegungen zu Interventionen bei Migrant:innen mit psychischen Gesundheitsproblemen

Diese Überlegungen unterstreichen die Notwendigkeit, dass Dienstleister auf die Menschen, mit denen sie arbeiten, auf eine Weise reagieren, die **die Komplexität, Gesamtheit und Einzigartigkeit ihrer Erfahrungen** widerspiegelt. Das bedeutet, **ihre Symptome im sozialen und kulturellen Kontext zu verstehen und über traditionelle diagnostische Ansätze hinauszugehen.**

Fachkräfte – insbesondere Gesundheits- und Psychiatrieexperten, die gemäß den nationalen Vorschriften mit der Bereitstellung von Behandlung durch spezialisierte Interventionen wie Pharmakotherapie und Psychotherapie betraut sind – sollten einen vielseitigen Ansatz wie das **biopsychosoziale Modell („biopsychosocial model“)** [14] verwenden. Ähnlich wie bei der in Einheit 1.3 besprochenen sozial-ökologischen Systemtheorie betrachtet dieses Modell psychische Gesundheitsprobleme als das Ergebnis verschiedener miteinander verbundener Faktoren (biologisch, psychologisch und sozial). Dieser Ansatz anerkennt, dass **psychische Gesundheitsprobleme aus mehreren Aspekten des Lebens einer Person resultieren und ihr allgemeines Wohlbefinden beeinflussen.**

Abbildung 1.5.1. „Das biopsychosoziale Modell in der psychischen Gesundheit“



Hinweis: Grafik entwickelt vom EU-MiCare-Team basierend auf dem einflussreichen Vorschlag von Engel zum biopsychosozialen Modell.

[Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science (New York, N.Y.), 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>]

Die neuesten Versionen der beiden Haupthandbücher, die in den meisten europäischen Ländern zur Beurteilung von psychischen Störungen verwendet werden, die **ICD-11** der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [3] und das American Psychiatric Association's **DSM-5** der American Psychiatric Association (APA) [4], wurden mit größerer kultureller Sensibilität entwickelt, um die Diagnose und Versorgung in vielfältigen Bevölkerungsgruppen zu verbessern.

Wie reagieren wir also auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Menschen, denen wir in der täglichen Praxis unserer Arbeit begegnen? Die WHO hat eine [Leitlinie](#) zur Unterstützung der psychischen Gesundheit und des psychosozialen Wohlbefindens von Geflüchteten, Asylsuchenden und Migrant:innen in Europa erstellt. Sie beschreibt die Herausforderungen, denen sie gegenüberstehen, sowie die unterschiedlichen psychischen Gesundheitsreaktionen, die sie erleben können, und die sich im Laufe der Zeit ändern können [15]. Dieses Dokument ist im  [Repository](#) (siehe [Modul 1, „Useful Resources“](#)). **Detaillierte Informationen zu den Fähigkeiten zur Erkennung und Einschätzung der psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Migrant:innen werden im Modul 2 bereitgestellt.**

4. Häufige diagnostische Kategorien

Laut WHO ist eine „**psychische Störung** („**mental disorder**“) durch eine **klinisch bedeutsame Beeinträchtigung der Kognition, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person** gekennzeichnet. Sie ist in der Regel mit Leidensdruck oder einer Beeinträchtigung wichtiger Funktionsbereiche verbunden. Psychische Störungen können auch als psychische Gesundheitsbedingungen bezeichnet werden. Letzteres ist ein weiter gefasster Begriff, der psychische Störungen, psychosoziale Beeinträchtigungen und (andere) psychische Zustände umfasst, die mit erheblichem Leidensdruck, Funktionsbeeinträchtigungen oder dem Risiko von Selbstverletzung verbunden sind“ [5].

Im folgenden Abschnitt beschreiben wir die häufige Erscheinungsform einiger diagnostischer Kategorien oder „Störungen“, die oft Migrant:innen und Geflüchteten zugeschrieben werden. Zudem werden eine Reihe kultureller Überlegungen aufgeführt, basierend auf Empfehlungen der WHO [3,5,15,16]. Eine

ausführlichere Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Kultur und psychischer Gesundheit wird in Modul 2, Einheit 2.1: „Das Zusammenspiel von Kultur und psychischer Gesundheit verstehen“ behandelt.

Dieser Teil dient dazu, die Kompetenzen von Fachkräften und Freiwilligen zu stärken, die mit diesen Bevölkerungsgruppen arbeiten. Er ist jedoch **kein umfassender Leitfaden** und **darf nicht für diagnostische Zwecke verwendet werden** – Diagnosen sollten ausschließlich von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal gestellt werden. Nicht behandelt werden unter anderem Themen wie schädlicher Substanzkonsum, traumatische Hirnverletzungen sowie neuroentwicklungsbedingte Störungen wie Demenz und intellektuelle Beeinträchtigungen.

Ein entscheidender Faktor bei der Arbeit mit diagnostischen Bezeichnungen ist, **dass sie niemals die vollständige Erfahrung der betroffenen Personen erfassen können** [17].

Die psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Migrant:innen sind komplex und vielschichtig; wenn dies nicht berücksichtigt wird, kann es zu Fehldiagnosen kommen – das heißt, einer falschen Identifizierung einer psychischen Erkrankung. Dies umfasst sowohl die Überdiagnose, bei der eine nicht vorhandene Erkrankung fälschlicherweise diagnostiziert wird, als auch die Unterdiagnose, bei der eine tatsächlich bestehende Erkrankung übersehen wird.

Fehldiagnosen bei Migrant:innen und Geflüchteten haben schwerwiegende Folgen. Eine Überdiagnose kann zu **psychiatrischer Stigmatisierung** führen und **von grundlegenden Problemen wie institutioneller Diskriminierung und systemischer Unterdrückung** ablenken, die überhaupt erst zu Ungleichheiten in der psychischen Gesundheit beitragen [18]. Eine Unterdiagnose kann hingegen zu **ineffektiver Behandlung, Verzögerungen in der Versorgung und höheren medizinischen Kosten** führen [19].

- **Depression**

Laut ICD-11 [3] sind „depressive Störungen durch eine **depressive Stimmung** (z. B. traurig, gereizt, leer) oder den **Verlust von Freude gekennzeichnet, begleitet von weiteren kognitiven, verhaltensbezogenen oder neurovegetativen Symptomen, die die Fähigkeit der Person, zu funktionieren, erheblich beeinträchtigen**“. Wie bei allen anderen psychischen Gesundheitszuständen sollte eine Behandlung depressiver Störungen nur in Betracht gezogen werden, wenn die Symptome über mehrere Wochen hinweg anhalten und die betroffene Person dadurch erhebliche Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags hat [5].

Zu den Symptomen einer Depression können Beeinträchtigungen der Konzentration, Energie, des Gedächtnisses, des Denkens sowie der Organisation und Initiierung von Aufgaben gehören; Hoffnungslosigkeit in Bezug auf die Zukunft sowie suizidale Gedanken oder Handlungen [5]. Bei Migrant:innen und Geflüchteten kann eine Depression weniger erkennbar sein, da **kulturelle Unterschiede in der Ausdrucksweise von psychischem Leid bestehen**.

Neben typischen Symptomen wie gedrückter Stimmung und dem Verlust des Interesses an angenehmen Aktivitäten (einschließlich zuvor genossener Tätigkeiten) können Migrant:innen und Geflüchtete unerklärliche körperliche Symptome erleben, die als „**Somatisierung**“ oder „**somatoforme Symptome**“ bezeichnet werden. Sie drücken emotionales Leid oft durch körperliche Schmerzen, Müdigkeit und Unwohlsein aus [17,20]. Auch wenn man nie mit absoluter Sicherheit ausschließen kann, dass in Zukunft eine körperliche Ursache gefunden wird, werden diese Symptome häufig als körperlicher Ausdruck emotionaler Belastungen betrachtet [17].

- **Angst- und furchtbezogene Störungen**

Laut ICD-11 [3] sind „Angst- und furchtbezogene Störungen durch **übermäßige Angst und Furcht** sowie damit verbundene Verhaltensstörungen gekennzeichnet, wobei die Symptome so **schwerwiegend sind, dass sie erheblichen Stress oder Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit verursachen**. Furcht und Angst sind eng verwandte Phänomene:

Furcht stellt eine Reaktion auf eine wahrgenommene unmittelbare Bedrohung in der Gegenwart dar, während Angst stärker zukunftsorientiert ist und sich auf eine antizipierte Bedrohung bezieht.“

Für die spezifische Diagnose einer generalisierten Angststörung sind ausgeprägte Angstsymptome erforderlich, die sich entweder in einem unruhigen Gemütszustand (auch als „Besorgnis“ oder „freie, diffuse Angst“ bezeichnet) und übermäßiger Sorge um negative Ereignisse in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens äußern. Selbst wenn die Angst stark ausgeprägt ist, kann die Diagnose schwierig sein.

Angst und Sorgen sind normale Reaktionen auf Stress; in gesunden Maßen können sie beim Problemlösen helfen. Für die meisten Migrant:innen und Geflüchtete sind Angst und Sorge **gut handhabbar** und **beeinträchtigen das tägliche Leben nicht**. Menschen in extrem belastenden Situationen (z. B. Leben in unsicheren Wohnverhältnissen) könnten intensive Angst und Sorge erleben, die ihrer Situation angemessen sind. **Realistische Sorgen** (wie Sprachbarrieren, die Angst vor Abschiebung und Familienzusammenführung) **können ohne den richtigen Kontext als übertrieben wahrgenommen werden**. Diese sollten nicht als Anzeichen einer generalisierten Angststörung betrachtet werden, wenn sie nur unter solchen Bedingungen auftreten [3,16]. Bei einer generalisierten Angststörung sind Angst und Sorge jedoch übermäßig, anhaltend und intensiv und beeinträchtigen die Funktionsfähigkeit.

Zusätzlich können kulturelle Merkmale beeinflussen, wie Angst sich äußert. Einige Gruppen zeigen möglicherweise **mehr körperliche Symptome als Sorgen**, wie Schwindel oder ein Hitzegefühl im Kopf. Migrant:innen und Geflüchtete könnten Angst in Formen erleben, die über die Beschreibungen von generalisierter Angststörung und Panikstörungen hinausgehen, einschließlich **kulturspezifischer Syndrome** wie den “ataques de nervios” in lateinamerikanischen Gemeinschaften, die durch intensives emotionales Unbehagen und körperliche Symptome gekennzeichnet sind [21].

- **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**

Laut dem ICD-11 [3] „kann eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach dem **Erleben eines extrem bedrohlichen oder erschreckenden Ereignisses oder einer Reihe von Ereignissen auftreten**“⁶. Wenn ein spezifischer, charakteristischer Satz von Symptomen (Wiedererleben, Vermeidung und verstärktes Gefühl einer aktuellen Bedrohung) länger als einen Monat nach einem potenziell traumatischen Ereignis anhält, kann die betroffene Person PTBS entwickelt haben [5].

PTBS ist im Allgemeinen durch mehrere Symptomencluster gekennzeichnet: intrusive Symptome (z. B. wiederkehrende belastende Erinnerungen oder Alpträume im Zusammenhang mit dem traumatischen Erlebnis), Vermeidungssymptome (z. B. das Vermeiden äußerer Erinnerungen an das Ereignis), negative Veränderungen in Kognition und Stimmung sowie Veränderungen in der Erregung und Reaktivität.

Die Symptome von PTBS können bei Menschen aus verschiedenen kulturellen Hintergründen stark variieren [3]. In einigen Gruppen **könnte Wut der herausragendste und kulturell angemessene Ausdruck von Belastung sein**, während in anderen **Alpträume eine bedeutende kulturelle Bedeutung haben können**. Symptome wie Kopfschmerzen, Schwindel und gastrointestinale Beschwerden könnten in einigen Kulturen häufig auftreten, jedoch nicht typischerweise in den standardmäßigen PTBS-Beschreibungen enthalten sein, was zu einer möglichen Fehldiagnose führen könnte. Kulturelle Unterschiede beeinflussen auch, **wie PTBS sich entwickelt und wie Widrigkeiten wahrgenommen werden**. Zum Beispiel wird in einigen Kulturen **eine Belastung, die Familienmitglieder betrifft, als schwerwiegender angesehen als eine Belastung, die man selbst überlebt hat**, oder Menschen könnten besonders belastet sein durch die **Unfähigkeit, Bestattungsriten durchzuführen**. Schließlich könnten einige Symptome, wie intrusive Gedanken, in bestimmten Kontexten als normal angesehen werden.

Es sollte beachtet werden, dass viele Menschen, die extrem bedrohliche oder erschreckende Ereignisse überlebt haben, eher eine Anpassungsstörung als PTBS entwickeln. Eine Anpassungsstörung kann durch

⁶ **Verschiedene Ereignisse werden von unterschiedlichen Menschen unterschiedlich erlebt**. Anstelle der Begriffe „Trauma“ oder „traumatisches Ereignis“ empfehlen wir in unserer täglichen Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten den inklusiveren Begriff „Widrigkeit“.

jede Art von Stress entstehen, nicht nur durch schwere Ereignisse, und sie kann sich verschlimmern, wenn nur begrenzte familiäre oder gemeinschaftliche Unterstützung vorhanden ist, insbesondere bei Menschen, die aus kollektivistischen Kulturen stammen, wie es oft bei Migrant:innen und Geflüchteten der Fall ist [3]. Es besteht jedoch das Risiko, kulturell normale, adaptive Reaktionen als Krankheit zu kennzeichnen, insbesondere wenn der Fachmann mit der Kultur der betreffenden Person nicht vertraut ist [16].

Für Geflüchtete und Asylbewerber, die mit langanhaltender Unsicherheit und Angst konfrontiert sind, kann es schwierig sein, zu beurteilen, was wirklich „maladaptiv“ ist. Ähnlich wie bei PTSD erfordert die Diagnose einer Anpassungsstörung die Identifizierung eines spezifischen Stressors oder mehrerer Stressoren, was einen klaren Auslöser impliziert. Dieser Ansatz passt jedoch nicht gut zu denen, die mit mehreren langfristigen Widrigkeiten konfrontiert sind, die viele Aspekte ihres Lebens und ihrer Beziehungen betreffen, insbesondere wenn die Widrigkeiten weiterhin bestehen[22].

- **Psychotische Störungen**

Laut ICD-11 [3] sind psychotische Störungen „eine Gruppe von Störungen, die durch erhebliche Beeinträchtigungen der Realitätseinschätzung und Veränderungen im Verhalten gekennzeichnet sind, die sich in Symptomen wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen, formalen Denkstörungen (die typischerweise als desorganisierte Sprache manifestiert sind) und desorganisiertem Verhalten äußern“. **Personen mit Psychose glauben möglicherweise stark an oder nehmen Dinge wahr, die nicht real sind.** Ihre Überzeugungen und Erfahrungen werden von ihren **Gemeinschaften in der Regel als abnormal angesehen.** Menschen mit Psychose erkennen oft nicht, dass sie eine psychische Erkrankung haben und sind häufig nicht in der Lage, in vielen Bereichen ihres Lebens normal zu funktionieren [5].

Überzeugungen und Ausdrucksformen von Belastung variieren über Kulturen hinweg; daher kann etwas, das in einer Kultur als seltsam oder „psychotisch“ erscheint, in einer anderen Kultur normal sein [19]. Zum Beispiel sind Glauben an Hexerei oder übernatürliche Kräfte oder Ängste vor kulturellen Tabus in vielen Kulturen verbreitet [3]. Normale Traueräußerungen können in einer Weise gezeigt werden, die

psychotischen Symptomen ähneln, wie zum Beispiel das Sehen von Geistern, was oft bei hispanischen/latinx- und südchinesischen Gemeinschaften der Fall ist. Missverständnisse zwischen Individuen und Dienstleistern aus verschiedenen Kulturen können die Diagnose erschweren, weshalb der **Input von Familie oder Gemeinschaft hilfreich sein kann.**

Ethnische Minderheiten und Migrant:innen werden häufig häufiger mit psychotischen Störungen diagnostiziert, was auf eine Fehldiagnose des Stresses durch Migration und Diskriminierung zurückzuführen sein könnte [3]. Es ist wichtig, bei der Diagnose durch Dolmetscher oder in einer zweiten Sprache vorsichtig zu sein, um kulturelle Ausdrucksformen nicht fälschlicherweise als Psychose zu interpretieren. Die Anfälligkeit für psychotische Störungen bei Migrant:innen kann durch **Erfahrungen wie Vertreibung, chronischen Stress, soziale Isolation und kulturelle Desorientierung ausgelöst werden.** Weitere Faktoren **sind eine Vorgeschichte von psychischen Erkrankungen, unzureichender Zugang zu Gesundheitsversorgung und der Gebrauch von Substanzen als Bewältigungsmechanismus gegen Stress** [22].

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] World Health Organization (2004). [Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice \(Summary Report\)](#). Geneva: World Health Organization.
- [2] Papadopoulos, R. K. (2002b). Refugees, home and trauma. In R. K. Papadopoulos (Ed.), *Therapeutic care for refugees: No place like home* (pp. 9–39). London: Karnac.
- [3] World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>
- [4] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [5] World Health Organization (2022). [Mental disorders – key facts](#). Retrieved April 30, 2024 from WHO's website.
- [6] World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*. Geneva: WHO.
- [7] American Psychiatric Association (2020). [Mental health facts on refugees, asylum-seekers, & survivors of forced displacement](#). Retrieved June 5, 2024 from the APA website.
- [8] Schininá, G. (2021). Migration governance and mental health. In D. Bhugra, O. Ayonrinde, E. J. Tolentino, K. Valsraj, & A. Ventriglio (Eds.), *Oxford Textbook of Migrant Psychiatry* (pp. 243–250). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198833741.003.0027>
- [9] Schininá, G., & Zanghellini, T. E. (2018). Internal and International Migration and its Impact on the Mental Health of Migrants. In *Mental Health and Illness in Migration* (pp. 1–19). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-0750-7_3-1
- [10] Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). [Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region](#). Geneva: WHO.
- [11] Hynie, M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(5), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- [12] Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- [13] Ottisova, L., Hemmings, S., Howard, L. M., Zimmerman, C., & Oram, S. (2016). Prevalence and risk of violence and the mental, physical and sexual health problems associated with human trafficking: an updated systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(4), 317–341. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000135>
- [14] Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- [15] World Health Organization (2015). *Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum Seekers and Migrants on the Move in Europe*. Geneva: WHO.
- [16] World Health Organization (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Geneva: WHO.
- [17] Kirmayer L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 62 Suppl 13, 22–30.
- [18] Metzl, J. M., & Hansen, H. (2018). Structural competency and psychiatry. *JAMA psychiatry*, 75(2), 115–116. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3891>
- [19] Schoretsanitis, G., Bhugra, D., & Exadaktylos, A. (2021). Psychiatric emergencies in asylum seekers. In D. Bhugra, O. Ayonrinde, E. J. Tolentino, Jr., K. Valsraj, & A. Ventriglio (Eds.), *Oxford textbook of migrant psychiatry* (pp. 533–542). Oxford University Press.
- [20] Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in migrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association journal*, 183(12), E959-E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- [21] Liebowitz, M. R., Salmán, E., Jusino, C. M., Garfinkel, R., Street, L., Cárdenas, D. L., Silvestre, J., Fyer, A. J., Carrasco, J. L., & Davies, S. (1994). Ataque de nervios and panic disorder. *The American journal of psychiatry*, 151(6), 871–875. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.871>
- [19] Sen, P., Summers, A., & Maloney, C. (2022). Common diagnoses. In C. Maloney, J. Nelki, & A. Summers (Eds.), *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals* (pp. 150–165). Cambridge: Cambridge University Press.
- [22] 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. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>



Von der Europäischen Union finanziert.

Die geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen jedoch ausschließlich denen des Autors bzw. der Autoren und spiegeln nicht zwingend die der Europäischen Union oder der Europäischen Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) wider. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden.

Diese Arbeit ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Repository

Module 1. Foundations of Psychosocial Care in Migration Contexts

The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

Unit: 1.2 Social Determinants of Mental Health

Figure 1.2.1-R. “Social Determinants and Social Needs: Moving Beyond Midstream”

So how do we look ‘upstream’, to the so-called *causes-of-the-causes* of poor health? This useful graphic below illustrates some examples of interventions at all three levels. It can serve as a guide for professionals to see what their personal and collective impact can be at every level.



Note: Graphic sourced from the de Beaumont Foundation and Trust for America's Health, January 2019, "[Health Affairs: Meeting Individual Social Needs Falls Short Of Addressing Social Determinants Of Health](#)"

Handout 1: “Social Determinants of Mental Health in Detail”

As health and mental health professionals, social workers, cultural mediators, and volunteers working with migrants and refugees, understanding the numerous factors influencing people’s mental health and psychosocial well-being is essential for providing effective and targeted support and advocating for policy changes that address the root causes of health disparities.

A more comprehensive review of studies on how different social determinants impact the mental health of migrants and refugees is provided below.

- **Housing, basic amenities, and the environment**

Poor housing conditions are associated with adverse health outcomes. Research reveals that migrants and refugees face a multitude of mental health challenges due to a combination of insufficient support, inadequate housing, and structural discrimination. Studies have demonstrated that migrants and refugees experiencing housing insecurity had a difficulty accessing mental health support services. Lack of housing also hindered people’s capacity to improve language proficiency or participate in ESOL (English for Speakers of Other Languages) classes, consequently affecting their prospects for long-term integration [1]. Additionally, **prolonged stays in refugee camps and the associated daily stressors** (lack of freedom of movement, concerns regarding safety, substandard living conditions) **have been linked to poor mental health outcomes** [2,3]. Improving housing quality – by integrating adequate ventilation, moisture control, heating-cooling systems, and insulation to combat issues like dampness, mold, indoor air pollution, and extreme temperatures – can decrease the likelihood of respiratory diseases, cardiovascular issues, cancer, and mental health conditions [4].

- **Income and social protection**

Income and social security have been found to be **among the most important determinants of mental health.** Regardless of their original socio-economic background, refugees are often forced to leave behind their material possessions, livelihoods, savings, and professional credentials when fleeing their homelands. While some manage to retain resources, many arrive in a state of relative poverty, which can persist for years. Studies comparing refugee mental health to that of resident populations consistently show an association between refugees’ economic opportunities in the host country (including the right to work, access to employment, and socio-economic status) and their mental well-being. Studies have shown **that refugees who were unemployed, had infrequent contact with social support networks, perceived their job as of a lower level than their skills and qualifications, and found money management difficult, were significantly more likely to have poorer mental health outcomes than others** [5-7].

- **Education**

Education serves as a critical social determinant for the mental health for migrant and refugee populations by providing **a sense of stability, fostering social connections, enhancing self-esteem, improving economic prospects, and reducing stigma**. In a mixed-method study from Germany that combined interviews with gatekeepers (teachers and school psychologists) and longitudinal surveys with refugee adolescents, school and social activities were found to be major stabilizers and sources of support for refugee mental health [8]. An additional critical finding was that schools that were predominantly attended by migrant and low-income children were understaffed to meet the complex developmental and educational needs of a multicultural and socially disadvantaged student body, which in turn led to significant barriers to accessing mental health services, including delayed or nonexistent help-seeking on behalf of the students. On the contrary, **the more positively refugee adolescents viewed their school environment, the fewer barriers they anticipated in accessing mental health services**.

- **Employment**

A growing number of research suggests that **situational factors contributing to unemployment and underemployment are linked to adverse mental health outcomes**, including depression, high levels of stress, and anxiety [9]. **Unemployment disrupts established routines and time structures**, which can have negative effects on psychological well-being. Employment not only provides a sense of structure but also fosters shared experiences, expanding social connections beyond familial relationships. Migrants and refugees experiencing underemployment or unemployment often feel **marginalized and frustrated**, which can exacerbate mental distress.

Unlike voluntary migrants who often have more agency in their migration decisions, refugees encounter greater obstacles in securing suitable employment due to factors beyond their control (e.g., labor market restrictions during the asylum-seeking process). This includes arriving in a new country with limited proficiency in the official language. Additionally, refugees may encounter difficulties in having their qualifications recognized. While credential recognition is a common challenge for migrants, studies suggest that refugees may face even greater hurdles, often finding themselves overqualified for the jobs they manage to secure [10]. This **mismatch between qualifications and employment status** has been associated with lower self-reported mental health, as it impacts **people's sense of self-worth** in profound ways.

- **Language skills and interpretation**

The ability to speak the official language of the host country – or access proper interpretation – both emerge as critical factors influencing mental health outcomes. Being able to speak, read, and write in the local language is vital for effective communication with healthcare providers and integration into social settings. For migrants and refugees, language consistently poses **a barrier to accessing health and social care services, impeding**

access to preventative treatment and screening, and leading to fragmented care and delayed linkage to appropriate services [11]. The absence of qualified, professional interpreters also emerges as a frequent issue in health settings; interpreters often have undefined roles, which can result in the delivery of unclear information and compromise the quality of care [12]. Addressing these barriers is crucial for providing culturally responsive and people-centered services, and for empowering people to be active agents in the decisions that concern their health and well-being.

- **Legal status and the asylum-seeking process**

Within the legal system, asylum seekers are those who have submitted their application for being recognized as refugees but have not yet been granted refugee status. As a result, they do not have the same legal rights as those who are legally recognized as refugees. Apart from the pre-migration stress and the difficulties they are faced with in the host country, they also have to deal with issues related to the asylum-seeking process. For instance, they may face an **insecure residency status** and have to **wait for an indefinite amount of time** to receive the outcome of their application [13]. This indefinite waiting period can be **extremely stressful**, and its length has been associated with **increased risk of poor mental health outcomes** [14]. Asylum interviews are also perceived as stressful by asylum seekers and have a negative impact on their mental well-being [15].

- **Access to affordable health services of decent quality**

Migrants and refugees often face numerous barriers in accessing health services, ranging from **discriminatory behavior by healthcare professionals, unaffordable fees, low health literacy, and lack of culturally sensitive care** [16,17]. They may also find it difficult to gain access to healthcare professionals who are culturally and linguistically appropriate and sensitive to their needs. With health systems becoming increasingly digitized, it is also common for migrants and refugees to become ‘digitally excluded’ and thereby unable to access information and help related to their health [18].

- **Culture, spirituality, and religious background**

The experience of involuntary dislocation is a highly stressful event in a person’s life that disrupts their social network and sense of belongingness. During the post-migration stage, migrants and refugees may encounter **cultural and religious differences in the host community**, making it difficult for them to adapt to their new settings. When people struggle to adapt to the culture of the host community, their mental health and psychosocial well-being can be compromised. This may often show up as diminished mood and anxiety, as well as a difficulty to socially engage [19].

Being religious or spiritual can have a healing effect on people on the move by allowing them to retain a **sense of connection** with their social and cultural practices. **The ability to practice one’s religion is connected to positive mental health and well-being** and equips people with the skills needed to cope with the stress that often surrounds displacement [20,21]. Religion also offers migrants and refugees a like-minded community that

they can practice or connect with, which increases their access to emotional and social support, and protects against mental illness [22].

- **Social inclusion and social isolation**

Social isolation is a public health concern and has been shown to disproportionately affect migrants and refugees. Studies on the relationship between migration and loneliness generally show that **migrants and refugees of all ages report higher levels of loneliness** compared to the local population [23]. Migrants and refugees are at greater risk of experiencing social isolation in a host community due to lack of access to their previous social networks and challenges in understanding how the new social context operates. In turn, feelings of loneliness may be mediated by factors such as education, satisfaction with social relationships, and the feeling of belonging or fitting into one's environment [24]. Social inclusion for migrants and refugees can take many forms, ranging from participating in community festivities and events, to taking language classes, having access to health services and education opportunities, etc. **Having a larger local network, which includes more of their own relatives and friends, along with more frequent interactions with local friends, helps reduce feelings of loneliness and isolation** [25].

- **Prejudice, racism, and discrimination**

Migrants and refugees are at increased risk of experiencing prejudice, racism, and structural discrimination. This can be at any stage of the migration cycle. Many individuals and communities are forced to flee their home country on account of racism and discrimination, such as the Rohingya people. Once they manage to flee and seek asylum in another country, they may also encounter harsh and restrictive national policies, which criminalize them and view them as a 'threat' to the national security. This may take the form of denying or creating unnecessary hurdles in attaining refugee status, which may in turn affect their psychosocial well-being [26]. When they are granted refugee status, discrimination and racism in the resettlement country may prevent them from successfully integrating [27]. Although significant knowledge gaps exist regarding the impact of discrimination on mental health, a meta-analysis found consistent links between the two [28]. Additionally, another study demonstrated that **discrimination results in more limited access to social support** for migrants and refugees, which in turn makes them more physically and mentally vulnerable [29].

REFERENCES

- [1] Allsopp, J., Sigona, N., & Phillimore, J. (2014). *Poverty among refugees and asylum seekers in the UK: An evidence and policy review*. Birmingham: University of Birmingham, Institute for Research into Superdiversity.
- [2] van de Wiel, W., Castillo-Laborde, C., Francisco Urzúa, I., Fish, M., & Scholte, W. F. (2021). Mental health consequences of long-term stays in refugee camps: preliminary evidence from Moria. *BMC public health*, 21(1), 1290. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11301-x>
- [3] Riley, A., Varner, A., Ventevogel, P., Taimur Hasan, M. M., & Welton-Mitchell, C. (2017). Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. *Transcultural psychiatry*, 54(3), 304–331. <https://doi.org/10.1177/1363461517705571>
- [4] The Lancet. (2024). Housing: an overlooked social determinant of health. In *The Lancet* (Vol. 403, Issue 10438, p. 1723). Elsevier BV. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)00914-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00914-0)
- [5] Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity & health*, 15(6), 601–619. <https://doi.org/10.1080/13557858.2010.502591>
- [6] Bakker, L., Dagevos, J., & Engbersen, G. (2013). The Importance of Resources and Security in the Socio-Economic Integration of Refugees. A Study on the Impact of Length of Stay in Asylum Accommodation and Residence Status on Socio-Economic Integration for the Four Largest Refugee Groups in the Netherlands. In *Journal of International Migration and Integration* (Vol. 15, Issue 3, pp. 431–448). Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1007/s12134-013-0296-2>
- [7] Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- [8] Podar, M.-D., Freţian, A.-M., Demir, Z., Razum, O., & Namer, Y. (2022). How schools in Germany shape and impact the lives of adolescent refugees in terms of mental health and social mobility. In *SSM - Population Health* (Vol. 19, p. 101169). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101169>
- [9] Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Schützwohl, M., Wang, D., & Priebe, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 200(3), 216–223. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084764>
- [10] Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity & health*, 15(6), 601–619. <https://doi.org/10.1080/13557858.2010.502591>
- [11] Pandey, M., Maina, R. G., Amoyaw, J., Li, Y., Kamrul, R., Michaels, C. R., & Maroof, R. (2021). Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC health services research*, 21(1), 741. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06750-4>
- [12] Kale, E., & Syed, H. R. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient education and counseling*, 81(2), 187–191. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.002>
- [13] Robjant, K., Hassan, R., & Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 194(4), 306–312. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053223>
- [14] Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komprou, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. (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. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15>
- [15] Schock, K., Rosner, R., & Knaevelsrud, C. (2015). Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. *European journal of psychotraumatology*, 6, 26286. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26286>
- [16] Stanciole, A. E., & Huber, M. (2009). European Centre Policy Brief, May 2009 – [Access to Health Care for Migrants, Ethnic Minorities, and Asylum Seekers in Europe](#). Retrieved March 6, 2024, from the European website on Integration.
- [17] Alarcon F. J. (2022). The Migrant Crisis and Access to Health Care. *Delaware journal of public health*, 8(4), 20–25. <https://doi.org/10.32481/djph.2022.10.006>

- [18] Refugee Council UK (2021). *Healthcare for refugees: Where are the gaps and how do we help?* Retrieved March 6, 2024, from the Refugee Council website.
- [19] Andreouli, E. (2013). Identity and acculturation: The case of naturalised citizens in Britain. In *Culture & Psychology* (Vol. 19, Issue 2, pp. 165–183). SAGE Publications. <https://doi.org/10.1177/1354067X13478984>
- [20] Wu, S., Ellingson, S., Hagstrom, P., & Kucinkas, J. (2021). Religion and refugee well-being: the importance of inclusive community. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 60(2), 291–308.
- [21] Maier, K., Konaszewski, K., Skalski, S. B., Büssing, A., & Surzykiewicz, J. (2022). Spiritual Needs, Religious Coping and Mental Wellbeing: A Cross-Sectional Study among Migrants and Refugees in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 19(6), 3415. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063415>
- [22] Emmett, J. M. (2021). *Religion, Refugees, and Mental Health in South Asia: A Systematic Review*. University of Washington.
- [23] Strang, A. B., & Quinn, N. (2019). Integration or Isolation? Refugees' Social Connections and Wellbeing. In *Journal of Refugee Studies* (Vol. 34, Issue 1, pp. 328–353). Oxford University Press (OUP). <https://doi.org/10.1093/jrs/fezo40>
- [24] Barjaková, M., Garneró, A., & d'Hombres, B. (2023). Risk factors for loneliness: A literature review. *Social science & medicine* (1982), 334, 116163. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163>
- [25] Koelet, S., & de Valk, H. A. (2016). Social networks and feelings of social loneliness after migration: The case of European migrants with a native partner in Belgium. *Ethnicities*, 16(4), 610–630. <https://doi.org/10.1177/1468796816638398>
- [26] Fenix – Humanitarian Legal Aid (2023). *Waiting to be Heard: Considerations on the impact of Greek asylum policies on the psychosocial wellbeing of asylum seekers on Lesbos*. Retrieved March 18, 2024, from the Relief Web website.
- [27] Ayón, C. (2015). *Economic, social, and health effects of discrimination on Latino immigrant families*. Washington, DC: Migration Policy Institute.
- [28] Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). The Effects of Perceived Discrimination on Immigrant and Refugee Physical and Mental Health. *Advances in medical sociology*, 19, 173–204. <https://doi.org/10.1108/S1057-629020190000019009>
- [29] Pascoe EA, & Smart Richman L (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 135(4), 531–554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>

Unit: 1.3 Risk, Protective, and Promotive/Resilience Factors

Table 1.3.1-R. “Risk and Protective Factors to Promote Resilience”

The Five Levels of the Social-Ecological Framework

Understanding the influence of risk and protective factors can have significant positive impacts in promoting good mental health and resilience for individuals, families, groups, and communities.

Definition of risk factors
Risk factors are aspects, characteristics, or exposures that increase the risk of developing a difficult mental health outcome.

Definition of protective factors
Protective factors are aspects, characteristics, or exposures that reduce risk factors, or independently act to increase positive outcomes.

Level	Risk Factors	Protective Factors
<p>Individual <i>The individual characteristics that influence behavior, such as knowledge, attitudes, beliefs, skills, physical characteristics, and personality traits.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Genetic or familial predisposition Gender and age Childhood neglect History of discrimination Minority status (e.g., gender identity/ sexual orientation, marginalized racial/ethnic group) Disability or chronic health condition Low socio-economic status Exposure to trauma (witnessing or experiencing), including involvement in armed groups Experience of physical or sexual abuse 	<ul style="list-style-type: none"> Self-esteem Coping styles Civic engagement Individual agency Religious beliefs and practices Access to livelihoods (including household-level) Access to supportive and inclusive learning pathways (schools, training centers, etc.) Access to care and support services
<p>Relationships <i>Formal and informal social networks and social support systems, including family, friends, peers, neighbors, teachers, co-workers, service providers.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Loss of parent/caregiver or family member A history of mental health conditions within the family, including depression, suicide, and self-harm Alcohol and substance use within household Intimate partner violence (witnessing or experiencing) Household-level economic stress Abuse and neglect within the family Experiences of racism, sexism, ableism, and gender-based violence 	<ul style="list-style-type: none"> Parental support and parental monitoring Secure attachment Positive family functioning Positive mental health of parent/caregiver Quality of home environment Emotional support Peer social support Participation and engagement in supportive relationships

<p>Organizations Rules, regulations, policies, and informal structures of organizations and institutions (such as schools, workplaces, agencies, businesses, healthcare services, etc.) that may constrain or promote recommended behaviors.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Destruction of schools, workplaces, hospitals and/or lack of access to inclusive opportunities • Violence experienced at school, work, healthcare, and other agencies – by peers, teachers, supervisors, service providers • Lack of connectedness and a sense of belonging, including through teasing, discrimination, stigma • Lack of capacity of service providers • Lack of accessible physical environment and resources 	<ul style="list-style-type: none"> • School retention/ level of schooling achieved • Work retention • Social support • Social cohesion programs • Counselling/peer-to-peer support • Mental and physical health promotion in school and work settings and in educational and employment planning • Meaningful participation in work, leisure, or community groups • Referral systems to connect people to appropriate services
<p>Community Social networks and norms, or standards, which exist among individuals, groups, and organizations/ institutions within defined boundaries.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disruption of social networks • Changes in gender or religious dynamics • Cultural norms or concepts (i.e., hiding distress, using violence to resolve conflict) • Community-level violence • Stigma and discrimination • Prevailing perceptions of mental health/illness and acceptable coping strategies within communities 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultural norms, practices, or concepts (i.e., adherence to ideology, connection to land) • Community acceptance and cohesion • Inclusive services • Accessible spaces for living, working, and recreation • Adequate preparedness measures to mitigate risks from natural hazards
<p>Public Policy Local, state, and federal policies and laws that regulate or support healthy actions and practices.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Housing/settlement options (i.e., temporary vs. permanent) • Modes of delivery of support • Limited access to services and economic opportunities in historically excluded communities • Systemic marginalization and discrimination • Policies that serve to discriminate against members of specific communities • Absence of accountability mechanisms • Poor governance 	<ul style="list-style-type: none"> • Peace and security • Supportive policies and legal frameworks • Trust in national system and government • Specific mental health policies for vulnerable groups, including children and adolescents • On the move support for migrants • Equitable development, with inclusive services and assistance at all levels

Note: Graphic sourced by McClay et al. (2023); Table re-produced by the EU-MiCare team based on information provided by the WHO (2023), UNICEF, (n.d.), McLeroy et al. (1988), and McClay et al. (2023).

[World Health Organization (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care*; UNICEF (n.d.). *Brief on the social ecological model*;

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>;

McClay, A., Schaefer, C., Max, J. L., Sedivy, V., & Garrido, M. (2023). *Increasing our impact using a social-ecological approach*. Administration on Children, Youth and Families, Family and Youth Services Bureau.]

Table 1.3.2-R. “Additional Risk and Protective Factors for Migrants and Refugees”

Level	Risk Factors	Protective Factors
Before travel	<ul style="list-style-type: none"> Exposed to and/or witnessing potentially traumatic and violent events Economic hardship and social deprivation History of mental health problems before migration 	<ul style="list-style-type: none"> Good financial conditions A higher level of education in the home country
During travel	<ul style="list-style-type: none"> Violent events and abuse and/or exploitation during the journey Unsafe travel routes Separation from loved ones Witnessing the death of others (e.g., shipwreck, border violence) 	<ul style="list-style-type: none"> Travelling through less dangerous or more direct routes Having the support of family members or trusted friends during the travel
Settlement in a host country	<ul style="list-style-type: none"> Food insecurity Lack of (suitable) accommodation or dissatisfaction with accommodation Lack of access to information Delays in residency/asylum-seeking process 	<ul style="list-style-type: none"> Having better conditions of settlement Access to health care Prompter and/or smoother process for obtaining a residence status
Integration in a host country	<ul style="list-style-type: none"> Social isolation Unemployment Discrimination and victimization Challenges related to cultural identity and acculturation issues Descending social mobility Length of resettlement (long-term resettled refugees and migrants vs. those at first resettlement) 	<ul style="list-style-type: none"> Social networks, including people from different ethnic groups Sense of belonging in the host country
Immigration status challenged or revoked	<ul style="list-style-type: none"> Threats of deportation Detention in immigration centres Losing jobs and/or accommodation 	<ul style="list-style-type: none"> Sense of being safe in the home country Presence of a family or a social network there Maintaining a strong sense of belonging

Note: Table re-produced by the EU-MiCare team based on information provided by the WHO (2023) and IOM (n.d.)

[World Health Organization (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care*; IOM (n.d.). *The Determinants of Migrant Vulnerability*.]

Figure 1.3.1-R. “Five Factors that Promote Resilience”

The graphic below illustrates five factors that promote resilience across individuals and communities. Note that resilience is not a trait that a person simply possesses or lacks; it is a dynamic process influenced by various interacting elements.

1. CONNECTION

- Good relationships with friends and family
- Involvement in community, cultural, school, charitable or faith-based groups
- Internalizing a sense of connectedness

2. COMMUNICATION

- Ability to share, explain, explore, and understand
- Ability to reframe what has happened
- Development of insight and good judgment

3. CONFIDENCE

- Positive yet realistic view of yourself
- Accurate sense of your abilities
- Recognition of what you have learned after a problem is resolved
- Ability to visualize your goals and what you want
- Believing you can influence how things turn out

4. COMPETENCE AND COMMITMENT

- Ability to look at the big picture
- Ability to problem-solve
- Following through, not giving up
- Working toward your goals every day

5. CONTROL

- Managing strong feelings so they enhance relationships and productivity
- Developing coping skills, not just quick fixes
- Keeping things in perspective
- Understand the role that your thoughts play in how you feel

5

FACTORS
THAT
PROMOTE
RESILIENCE

by DR. ALISON BLOCK

www.dralisonblock.com

Note: Graphic sourced from the Dr. Alison Block and the Anti-Poverty Service – Learning Resources, 2021, “5 Factors that Promote Resilience”

Handout 1: “Adversity Grid in Detail”

Developed by Prof. Renos Papadopoulos, the *Adversity Grid* (see Figure 1.3.4) is a **conceptual framework** designed to help workers and survivors of adversity **distinguish the diverse range of responses to highly challenging events**. It allows for the **crucial differentiation between distress and disorder**, and **facilitates the processing of adverse events** by making it easier to understand the complex impacts of adversity. This approach counters the common simplifications, polarizations, and generalizations that often arise in the field of migrant and refugee care and prevents the development of a victim identity among people who have survived adversities.

By providing a holistic and nuanced view of the refugee experience, **it avoids dehumanization and recognizes people’s complexity, uniqueness, and totality**. The Grid also acknowledges that adversity affects not just individuals but also families, communities, and societies. While it is not a test or quantifiable assessment tool, it captures how adversity impacts these larger units, reflecting their collective experiences and perceptions.

Figure 1.3.2-R. “Adversity/‘Trauma’ Grid: Range of Responses to Adversity”

ADVERSITY GRID						
	Negative			Unchanged		Positive Adversity-Activated Development (AAD)
	PD Psychiatric Disorder PTSD	DPR Distressful Psychological Reactions	OHS Ordinary Human Suffering	- NU	+ PU Resilience	
Levels						
Individual						
Family						
Community						
Society/ Culture						

Note: Graphic sourced by Babel Day Centre, 2019, Manual on the “[Psychosocial Dimensions of the Refugee Condition – Synergic Approach](#)”, ed. Renos Papadopoulos

How to utilize the Adversity Grid

The Adversity Grid is a **versatile framework** that can be used to understand the impacts of adversity on individuals, families, communities, and societies, whether for assessment or therapeutic purposes. It provides

a comprehensive view by considering positive and negative impacts as well as unchanged states across various levels of human groups.

Negative responses to adversity are categorized into three levels:

- **Psychiatric disorders (PD):** Severe and diagnosable conditions, such as PTSD, that meet criteria set by the DSM-5 or ICD-11 (see [Unit 1.5](#) for more details). These are the most severe and intense responses that often require clinical intervention.
- **Distressful psychological reactions (DPR):** Symptoms that don't meet the full criteria for a psychiatric disorder but still affect individuals' mental health. Examples include occasional intrusive thoughts or mood changes that do not escalate to clinical levels.
- **Ordinary human suffering (OHS):** Common negative effects that result from adversity but do not fit the criteria for psychiatric or psychological disorders. This category recognizes that many people experience significant distress without developing clinical conditions.

Unchanged responses to adversity refer to personal qualities, relationships, and behaviors that remain constant, or unchanged, despite the adversities faced. This category highlights that not all aspects of a person's life change in response to adversity.

Positive responses to adversity involve recognizing that adversity can lead to personal growth and new strengths. This concept, known as Adversity-Activated Development (AAD), refers to the development of new, positive traits or capabilities that arise specifically due to the experience of adversity. Unlike pre-existing strengths that individuals maintain, AAD represents new, transformative aspects of development triggered by the adversity itself. This approach emphasizes that overcoming adversity can lead to meaningful and constructive changes in a person's life.

Applications of the Grid

The Grid can be utilized by various population groups:

- Field workers can start a collaborative conversation about the Grid with the individuals they are working with, and then provide them with a copy (either in print or digital format) for self-reflection. Afterward, individuals can return for a discussion of their insights. Writing responses can be done on separate sheets or digital documents, as the Grid's spaces are too small for detailed notes. The Grid can be completed over multiple sessions or in a single meeting, depending on priorities. It can also be used informally for exploration without writing, or solely for the worker's orientation without involving service users. Typically, the Grid is used by two people together but can also be adapted for couples, families, or groups, such as in refugee camps, for collective exploration.

- Individuals/service users can use the Grid in a self-administered way to reflect on their own experiences beyond the obvious impacts, enhancing self-awareness. When used periodically over time, the Grid helps individuals observe changes in their responses and understand the actions and circumstances that led to these changes. This approach empowers individuals by allowing them to gain insights from their own experiences, rather than relying solely on external experts.
- Field workers, particularly those employed or volunteering in distressing environments where burnout or vicarious trauma are common concerns, can find the Grid useful for themselves. By applying the Grid to their own experiences, professionals and volunteers can gain a holistic view of their own responses to adversity. This self-awareness helps them understand the full range of their reactions and better manage the complexities of their work, counteracting the negative effects often associated with working in challenging settings.

The Grid is flexible and can be adapted to fit different contexts by modifying the levels and categories used. For instance, if family or community levels are not relevant, they can be replaced with alternatives, such as work teams or specific organizations. The number of levels can also be adjusted based on the focus of the assessment. Additionally, the three categories of negative effects can be tailored to fit specific situations. If the focus is not on mental health, you can replace psychiatric and psychological categories with simpler severity gradations (e.g., ‘Most Severe,’ ‘Moderately Severe,’ ‘Least Severe’) or other relevant degrees of negative impact. Similarly, the Grid can be adjusted to include different degrees of positive development in Adversity-Activated Development (AAD) based on the needs of the situation. Lastly, it can incorporate the dimension of time by adding layers that represent different chronological phases. This can be visualized as a three-dimensional cube, with each layer representing a distinct time period or phase. For example, when working with individuals who have been involuntarily displaced, you may use four different Grids to capture responses during each phase: Anticipation, Devastating Events, Survival, and Adjustment (see [Unit 1.4](#) for more details on the phases of involuntary dislocation).

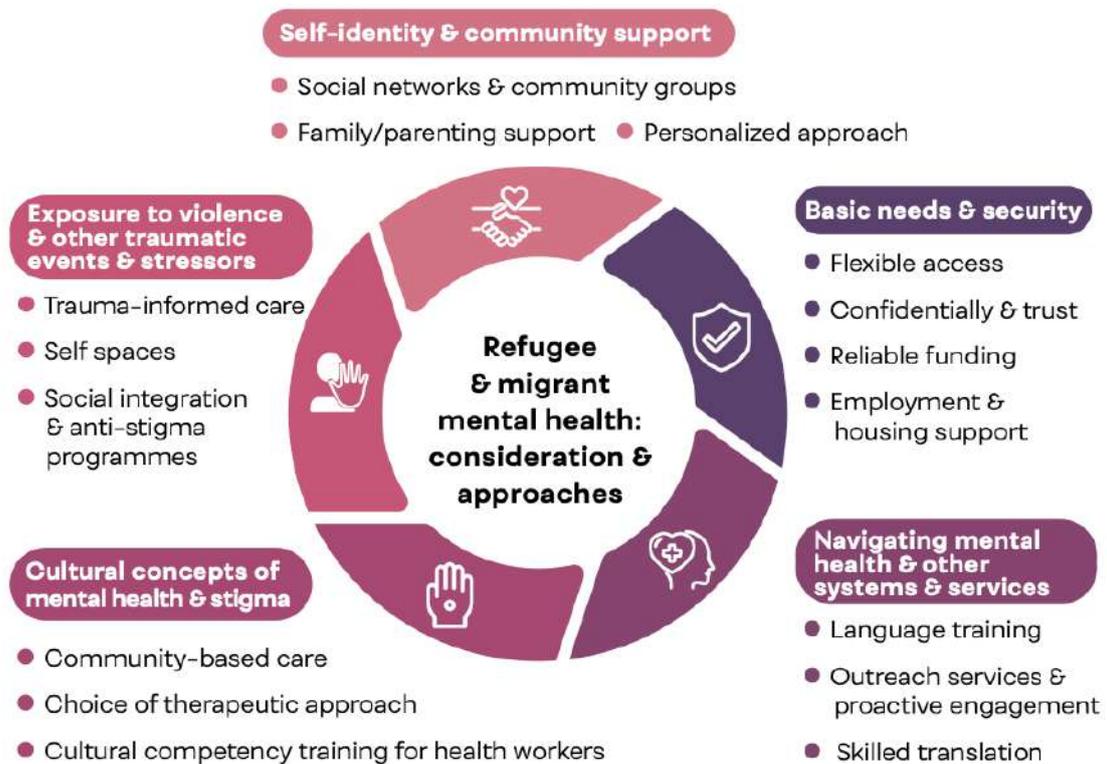
Content developed by the EU-MiCare team based on information in:

Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. Routledge.

Handout 2: “Challenges and Protective Influences Unique to Specific Sub-Populations”

Evidence shows that risk and protective factors, as well as barriers and facilitators to care, vary among different migrant groups. In [a recent report](#) on the mental health needs of migrants and refugees, the World Health Organization has identified five key themes that apply across different groups and stages of migration: self-identity and community support; basic needs and security; cultural concepts of mental health and stigma; exposure to trauma; and navigating health systems. These themes are interconnected and can guide effective interventions for improving mental health care for migrants and refugees (see Figure 1.3.5).

Figure 1.3.3-R. “Considerations and approaches for refugee and migrant mental health”



Note: Graphic sourced by the WHO, 2023, [“Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care”](#)

A more comprehensive review on specific risk and protective factors faced by different sub-groups (such as women, people with experiences of torture, and LGBTQI+ individuals) is provided below.

- **Women**

Data indicates that migrant and refugee women and girls represent nearly half of international migrants worldwide. Despite this, there is limited research on the intersection of gender and migration, particularly as it

relates to experiences of sexual assault and intimate partner violence [1]. Young refugee women are particularly vulnerable to gender-based violence (including female genital mutilation/FGM) throughout their journey and often require reproductive health care after settling into a new country. A study in California revealed that one in three refugee women reported having survived traumatic events prior to migration, including physical assault, captivity, sexual assault, and weapon assault [2]. Refugee women in Western countries face a tenfold risk of developing symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) compared to non-refugee women [3].

Compounding the migration-related challenges for women are difficulties related to resettlement. Migrant and refugee women face barriers such as separation from family, language difficulties, and unfamiliarity with their new environment. They often experience increased hardship and reduced social support as they transition from collectivist cultures to more individualistic ones. Additionally, they may be reluctant to seek help outside their family due to cultural differences and past experiences. Refugee women also struggle with the loss of resources, renegotiation of new roles, and institutional racism in the host communities [3].

Conversely, a growing body of research emphasizes the importance of faith, religious practice, and community engagement in the psychosocial well-being of migrant and refugee women. In a study exploring the experiences of refugee women in regional locations in Australia [4], a factor that was identified as crucial for coping was establishing connections with communities, whether from their country of origin or the host country. For those who were resettled without male partners, particularly important was the development of social supports within the local community due to being ostracized by their community of origin. Volunteers played an important role in filling support gaps in rural areas where services were lacking. Additionally, gaining employment was highlighted as contributing significantly to women's sense of belonging, providing not only extra income but also purpose, routine, and social support.

- **People with experiences of torture**

Experiences of torture have consistently been shown to be a strong predictor of various long-lasting physical and psychological challenges. Research indicates a significant association between torture severity and mental health symptoms, including depression, anxiety, and PTSD [5]. For refugee torture survivors, particularly those suffering from a pre-existing mental health condition, language barriers in the host society pose a significant risk factor by hindering access, utilization, and effectiveness of mental health services [5]. Moreover, immigration status plays a crucial role in mental health outcomes, with studies indicating that fear of detention and deportation exacerbate symptoms of PTSD [6].

Nonetheless, it is not possible to pinpoint the exact prevalence of psychological conditions among torture survivors due to the heterogeneous samples and measures used across studies. This means that the lived realities of migrants and refugees with experiences of torture are not being adequately represented. As a case in point, researchers have reported that some individuals manifest extraordinary resilience and growth in the aftermath of torture, as seen in Ugandan former child soldiers [7] and Iraqi refugees [8]. As with migrant and refugee

women, community engagement plays a vital role in fostering resilience in people who have experienced torture. Refugee communities hold high values on collectivism and social cohesion, and evidence suggests that torture survivors who engage with community resources show higher levels of resilience. Language fluency and employment serve as additional resilience-promoting factors, with improved psychological outcomes observed among those proficient in English and employed [9].

- **LGBTQI+ individuals**

Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and intersex (LGBTQI+) migrants and refugees encounter unique and specific risks throughout the migration process. Their experiences differ from those of other migrants due to the compounded and intersecting discrimination they may face, particularly related to their diverse sexual orientations, gender identities and expressions, and sex characteristics (SOGIESC). LGBTQI+ migrants and refugees have been found to exhibit significantly high prevalence rates of mental health challenges, including depression, anxiety, PTSD, suicidality, and substance use. These rates are markedly elevated compared to non-LGBTQI+ migrants as well as LGBTQI+ individuals without a migration background [10], suggesting that the intersectionality of multiple marginalized identities amplifies the vulnerability to poor mental health outcomes.

Risk factors for LGBTQI+ migrants and refugees include experiences of discrimination and violence in their countries of origin, often perpetrated by community members and state actors. Upon migration, they often continue to face risks of discrimination and violence, even in countries that are perceived as more accepting. Structural violence during the asylum-seeking process exacerbates these challenges, as they frequently encounter restricted access to healthcare, social services, and employment rights. Additionally, the necessity to continually verify their SOGIESC identity to secure asylum can be re-traumatizing, especially for those accustomed to concealing their identities due to criminalization or victimization in their home countries [11].

Protective and promotive factors for migrants and refugees with diverse SOGIESC include social support, the ability to accept and process emotions, and maintaining hope and optimism about the future. Studies indicate that support from the LGBTQI+ community, access to legal and community services, and the ability to remain hopeful, significantly contribute to positive mental health outcomes [12]. Despite enduring symptoms of depression, anxiety, and PTSD, many LGBTQI+ migrants and refugees demonstrate remarkable adaptability, underscoring that resilience and vulnerability are not mutually exclusive and can coexist. This is often facilitated by the newfound freedom to express their identities, which highlights the complex interplay between mental health and the capacity for positive adaptation.

- **Older adults**

Older migrants and refugees (i.e., those 65 and above) are perceived to be more vulnerable than their younger counterparts. Migration and forced displacement are considered to be significant risk factors for the development of mental health conditions in older adults, particularly anxiety, depression, and PTSD [13]. Older adults are also particularly vulnerable to poor mental health outcomes due to the cumulative effect of the life-

threatening events they may have been exposed to after fleeing their countries of origin [14]. Moreover, they may arrive in host countries with other underlying physical and mental health conditions – the experience of migration and forced displacement gets compounded by age-specific conditions such as neurodegenerative disorders, chronic physical illness, etc. [13] Adding to these challenges are the difficulties in adapting to new languages and customs, and struggling with isolation from family members during the transition [15].

Social support is a crucial protective factor for the well-being of older migrants and refugees. As seen above, health issues in later life, combined with past adversities, can lead to poor outcomes. However, strong social support can mitigate these effects by improving overall well-being and reducing early mortality [16]. Emotional support, particularly from family and community, buffers against the negative impacts of past adversities, enhancing life satisfaction and meaning. Older migrants and refugees who harbor a sense of purpose (such as in their roles as contributing and productive family members) have been found to have a higher quality of life [17]. Other protective factors include access to basic services, adherence to cultural and spiritual practices, and participation in ethnic communities and religious networks. Personal factors such as language acquisition, cognitive reappraisal, and optimism also play an important role [16].

- **Persons living with disabilities**

According to Article 1 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities [18], “*persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others*”. Migrants and refugees living with disabilities are considered to be an ‘invisible’ population, as they are systematically neglected and excluded from the discourse [19]. The intersection of migration and disability is critical as migrants and refugees with chronic physical and mental health conditions are especially vulnerable to exposure to adversity and often lack necessary care during the asylum-seeking process [20].

In their home countries, migrants and refugees living with disabilities may face persecution or stigma on the basis of their political views, religious beliefs, or disability (being actively discriminated against on grounds of impairment). Delays in social and healthcare services can worsen disabling conditions, serving as a significant risk factor for well-being [20]. They may also face challenges with their psychosocial well-being, including stigmatization and discrimination, lack of access to specialized educational programming, communication barriers, etc. [19-21]. Additional risk factors including the lack of suitable housing and employment that accommodates their specific needs, and a difficulty in accessing treatment due to structural barriers, such as limited capacity, long waiting times, a focus on short-term rather than long-term support, and inadequate allowances which may result in an over-reliance on charities for assistance [20,21].

Protective factors for migrants and refugees with disabilities include social inclusion in host countries, suitable housing, access to tailored and accommodating educational and vocational opportunities, and adequate healthcare services [22]. Community support and social networks are also critical in helping to trace and actively screen individuals with non-communicable conditions, as is often the case with neurodevelopmental disabilities.

REFERENCES

- [1] Hennebry, J., KC, H., and Williams, K. (2021). *Gender and Migration Data: A Guide for Evidence-based, Gender-responsive Migration Governance*. Geneva: International Organization for Migration (IOM).
- [2] Sudhinaraset, M., Cabanting, N., & Ramos, M. (2019). The health profile of newly-arrived refugee women and girls and the role of region of origin: using a population-based dataset in California between 2013 and 2017. *International journal for equity in health*, 18(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1066-3>
- [3] Hawkins, M. M., Schmitt, M. E., Adebayo, C. T., Weitzel, J., Olukotun, O., Christensen, A. M., Ruiz, A. M., Gilman, K., Quigley, K., Dressel, A., & Mkandawire-Valhmu, L. (2021). Promoting the health of refugee women: a scoping literature review incorporating the social ecological model. *International journal for equity in health*, 20(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01387-5>
- [4] Hawkes, C., Norris, K., Joyce, J., & Paton, D. (2021). Exploring Resilience, Coping and Wellbeing in Women of Refugee Background Resettled in Regional Australia. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 12). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.704570>
- [5] Elklit, A., Palic, S., Lasgaard, M., & Kjær, K. (2012). Social support, Coping and Posttraumatic Stress Symptoms in Young Refugees. *Torture*, 22(1), 11-23.
- [6] Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 188, 58–64. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007864>
- [7] Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J., Post, M., Hoyer, C., & Adam, H. (2010). Posttraumatic resilience in former Ugandan child soldiers. *Child development*, 81(4), 1096–1113. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01456.x>
- [8] Kira, I., Amer, M. M., & Wrobel, N. H. (2014). Arab Refugees: Trauma, Resilience, and Recovery. In S. C. Nassar-McMillan et al. (Eds.), *A Biopsychosocial Approach to Arab Americans: Perspectives on Culture, Development, and Health* (pp. 175-195). New York: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-8238-3_9
- [9] Pannu Khin, P., Burt, K., & Fondacaro, K. (2022). Identifying resilience-promoting factors for refugee survivors of torture. *Torture*, 32(3), 31–48. <https://doi.org/10.7146/torture.v32i3.128843>
- [10] Lewis N. M. (2009). Mental health in sexual minorities: recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health & place*, 15(4), 1029–1045. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.05.003>
- [11] White, L. C., Cooper, M., & Lawrence, D. (2019). Mental illness and resilience among sexual and gender minority refugees and asylum seekers. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 69(678), 10–11. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700349>
- [12] Alessi, E. J. (2016). Resilience in sexual and gender minority forced migrants: A qualitative exploration. *Traumatology*, 22(3), 203–213. <https://doi.org/10.1037/trm0000077>
- [13] Virgincar, A., Doherty, S., & Siriwardhana, C. (2016). The impact of forced migration on the mental health of the elderly: a scoping review. *International psychogeriatrics*, 28(6), 889–896. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000193>
- [14] Peters-Nehrenheim, V., Rommerskirch-Manietta, M., Purwins, D., Roes, M., & Tezcan-Güntekin, H. (2022). Care preferences of older migrants and minority ethnic groups with various care needs: a protocol for a scoping review. *BMJ open*, 12(11), e061712. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061712>
- [15] Yang, M. S., & Hedeker, D. (2020). A life-span approach to examining older vulnerable population's subjective well-being: the role of adversity and trauma. *Aging & mental health*, 24(12), 2043–2052. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1652245>
- [16] Tippens, J. A., Erwin, S., Eller, K., Dutra Gross, R. M., Bearss, B., Kemp, B., Mollard, E., Njiru, L., Okwarah, P., Palmer-Wackerly, A. L., & Lakati, A. (2023). Multisystemic Resilience and Psychosocial Wellbeing among Older Refugees: A Systematic Review with Implications for Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS). *Journal of immigrant and minority health*, 25(5), 1152–1170. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01516-y>
- [17] Krause, N. (2004). Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *The gerontologist*, 44(5), 615–623. <https://doi.org/10.1093/geront/44.5.615>

- [18] United Nations (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Retrieved March 17, 2024, from the UN website.
- [19] European Union Agency for Asylum (2024). *Persons with disabilities in asylum and reception systems – Situation Analysis*. Publications Office of the European Union. Retrieved March 17, 2024, from the EUAA website.
- [20] Harris, J. (2003). 'All Doors are Closed to Us': A social model analysis of the experiences of disabled refugees and asylum seekers in Britain. *Disability & Society*, 18(4), 395–410. <https://doi.org/10.1080/0968759032000080968>
- [21] Soldatic, K., Somers, K., Buckley, A., & Fleay, C. (2015). 'Nowhere to be found': disabled refugees and asylum seekers within the Australian resettlement landscape. *Disability and the global south*, 2(1), 501-522.
- [22] Rfat, M., Zeng, Y., Yang, Y., Adhikari, K., & Zhu, Y. (2022). A Scoping Review of Needs and Barriers to Achieving a Livable Life among Refugees with Disabilities: Implications for Future Research, Practice, and Policy. *Journal of evidence-based social work*, 20(3), 373–403. <https://doi.org/10.1080/26408066.2022.2162357>

Unit: 1.4 Psychosocial Dimensions of the Migration Process

Handout 1: “Psychological Phases of Displacement”

In line with the general model of migration by Sluzki and Machleidt discussed in Unit 1.4, the following table presents a conceptualization of the psychological phases of displacement [1,2].

It is important to recognize that these models are not definitive and do not suggest a strictly linear progression; rather, they aim to enhance our understanding of the complex and nuanced dimensions of human experience. Each migratory journey is unique.

Table 1.3.1-R. “Psychological Phases of Displacement”

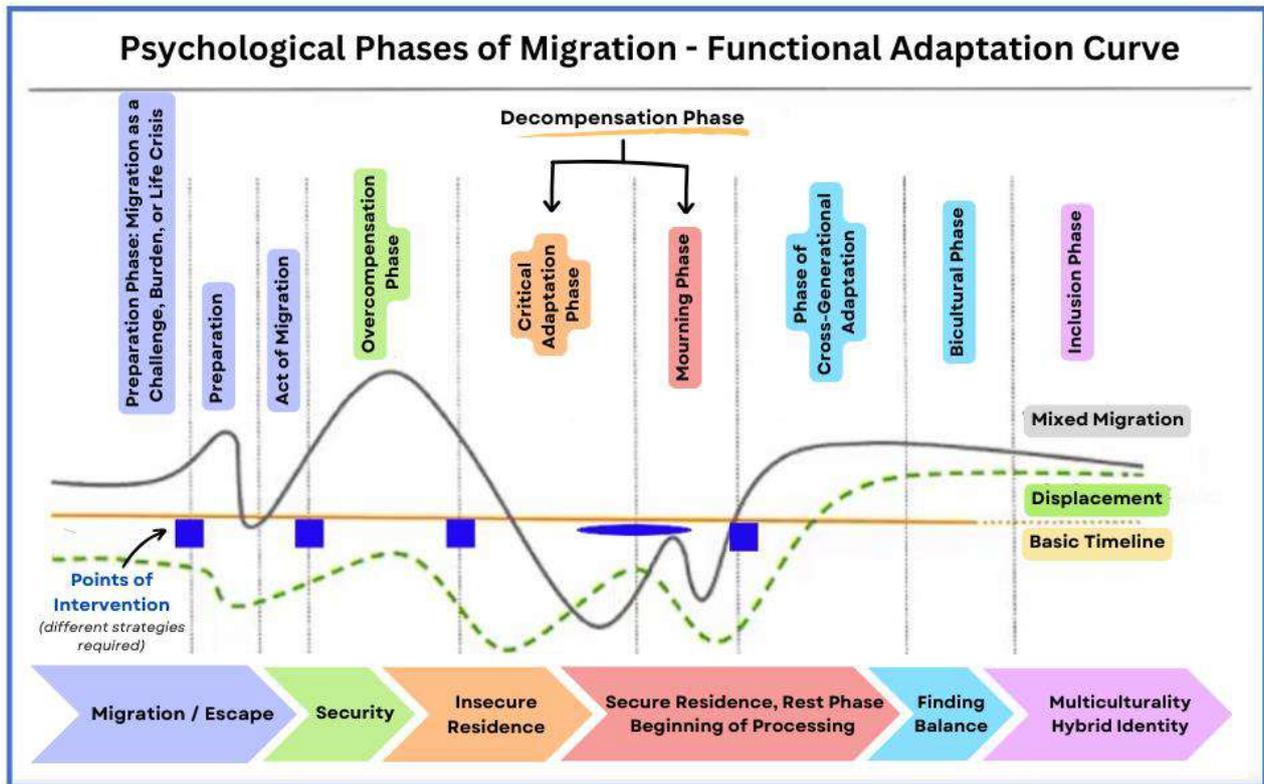
<p>Pre-Migration <i>Period previous to displacement. It may include experiences of persecution, violence or living in a state of fear and uncertainty.</i></p>	<p>Fear of persecution, trauma from past experiences, loss of security, and uncertainty about the future.</p>
<p>Migration or Flight <i>Actual process of displacement. This process can take months, until the displaced person or family arrive to their destination.</i></p>	<p>Fleeing from danger, crossing borders, and seeking refuge in other countries. Possible experience of traumatic events during the migration journey. Loss of home and community. Uncertainty about the future.</p>
<p>Arrival (Feelings of Security – Insecure Residence Permit) <i>Period immediately following arrival in the host country, often characterized by relief at escaping immediate danger and uncertainty.</i></p>	<p>Culture shock, language barriers, loss of social support networks, and uncertainty about legal status and rights. Asylum application processes (or the lack of options to obtain regularized residency permits and, consequently, feel secure and able to start building up stability) constitute a major stressor during this phase.</p>
<p>Secure Residence Permit (Rest Phase) <i>Period after ensuring security and stability (in many cases due to a secure residence permit) where the person typically enters in a “rest phase”.</i></p>	<p>Distressful memories may resurface, leading to significant psychological distress. Emotional decompensation can occur when individuals, already vulnerable due to past life-threatening experiences, become less able to manage their emotional responses. If these issues remain unattended and the individual lacks access to coping resources, decompensation can worsen, potentially resulting in more severe mental health issues, such as depression or anxiety disorders.</p>
<p>Long-Term Adaptation Phase (Balance – Multiculturality & Hybrid Identity) <i>Finding balance and rediscovering the identity of oneself. Ongoing process of adaptation to the new context and new life situation, which may take years.</i></p>	<p>The regular acculturation process and the development of multicultural identities might start to take place. Acculturative stress, experiences of discrimination, barriers and opportunities to accessing education, employment, and healthcare can make a difference on how the functional adaptation to the new environment and psychological well-being might develop.</p>

Note: Table adapted by the EU-MiCare team based on information by Kizilhan (2012; n.d.)

[Kizilhan, J.I. (2012). Kultursensible Psychotherapie. (p. 19-20). Berlin: VWB; and, Kizilhan, J.I. (n.d.). Psychologische Phasen der Migration [Video]. [MiMi Gewaltprevention](#). Accessed September 18, 2024.]

The processes surrounding mixed migration and displacement are visually integrated in the graphic below, highlighting both differences and commonalities for easier understanding and comparison.

Figure 1.4.1-R “Migratory Processes in Mixed Migration and Displacement”



Note: Adapted from Kizilhan, J.I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie*. (p. 20). Berlin: VWB; Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (p. 110). Berlin: Psychiatrie Verlag.

Handout 2: “Migratory Mourning”

Achotegui’s theory offers field workers a framework to better understand the emotional complexities migrants and refugees may face when leaving their home countries. It acknowledges the profound sense of loss many experience, which includes not only tangible losses like homes and communities but also symbolic ones such as identity, social status, and cultural belonging. Field workers can assess these areas by considering:

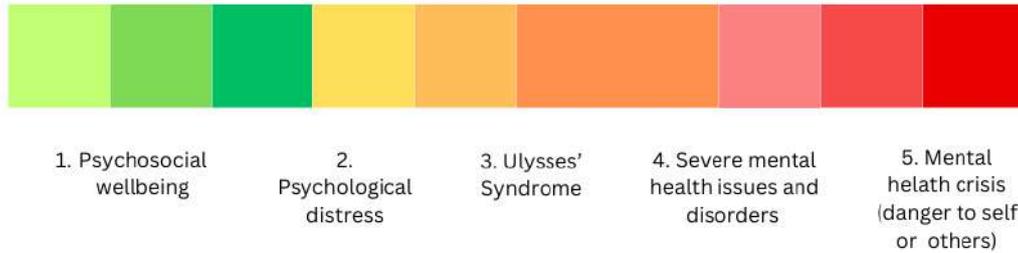
- **Vulnerability:** Assess the individual’s history for prior difficulties that may affect their ability to adapt in specific areas (e.g., someone with pre-existing social anxiety may struggle to form new relationships). Vulnerable indicators might include:
 - *Physical Vulnerability*
 - *Psychological Vulnerability*
 - *Personal History*
 - *Age*
- **Stressor:** Identify the number and severity of post-migration obstacles in each area and determine if the person or family has sufficient resources to overcome them (e.g., a person accustomed to rural life might find urban living stressful due to limited access to nature). These might include:
 - *Personal Stressors*
 - *Environmental and Social Stressors*

Each area can be evaluated to understand the degree of stress and vulnerability a migrant experiences, depending on the resources they bring and the challenges or opportunities in the host community. Each vulnerability factor or stressor, which also determines the type of migratory mourning, can be assessed as “simple” (i.e., the mourning can be processed adequately), “complex” (i.e., with difficulties that can be overcome through the coping skills of the person or family), or “intense” (i.e., when difficulties are severe and may lead to a deeper crisis). Additionally, the level of support or discrimination in the host environment can significantly impact migrants’ mental well-being.

Understanding these factors helps field workers identify areas where migrants are most vulnerable. It also highlights potential sources of resilience within the new environment. By recognizing their specific challenges and strengths, migrants can better navigate their journey, and professionals and volunteers can provide realistic, effective support tailored to their unique experiences.

The following section of this handout contains [a reproduction of the “Ulysses Scale”](#), originally developed in Spanish by Dr. Joseba Achotegui from the University of Barcelona, in collaboration with the Health Initiative of the Americas (HIA) at the School of Public Health, University of California, Berkeley. The scale was created to assist in assessing migratory grief and Ulysses Syndrome. The original material is available from [the Centre de Documentació en Atenció a les Persones](#) (Documentation Center for People Services), part of the Diputació de Barcelona (Barcelona Provincial Council) in Catalonia, Spain.

The concept of Ulysses Syndrome falls within mental health, positioned on the boundary between common mental health challenges and diagnosable disorders.



	Vulnerability		Stressors	
Grief for the family	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for the language	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for the culture	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for the land	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Complex		Complex	
Grief for the social status	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for the group of belonging	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for physical risks	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	

Recount	Simple	Complex
Vulnerability		
Stressor		
Mourning		

Other Observations	
Protective Factors	
Cultural Factors	
Risk Factors	
Subjective Factors	
Other Factors	
General Comments	

→ **VIDEO:** [The Ulysses Syndrome: Mental Health in a Minute](#)

Recommendations on how to apply the Ulysses scale based on a case study (Juan):

- **Background:** Juan is a 28-year-old man who arrived in Oakland, California, two years ago from Mexico. He was a healthy, strong, positive individual, actively involved in his community. He comes from a family that had good relationships.
- **Symptoms:** They include sadness, crying, anxiety, recurring thoughts about his problems, severe headaches, insomnia. He does not experience apathy or thoughts of death.
- **Personal Situation:** He left behind two children, ages 6 and 4, in Mexico and regrets that he does not know when he will see them again. He works in construction, installing roofs on houses; a risky and dangerous job, and he has fallen twice. He has had to move several times because his limited income, along with what he sends to his family, often does not cover rent. Additionally, he has a large debt from the journey to the U.S. He sees no way out of his situation.
- **Legal Status and Safety Concerns:** He is undocumented and fears deportation every day. If he returns without the money he owes, he fears for his life.
- **Language Barrier:** He does not speak English.

Vulnerability	Stressors
---------------	-----------

Grief for the family <ul style="list-style-type: none"> Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Forced separation from young children 	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X
Grief for the language <ul style="list-style-type: none"> Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Does not speak English 	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X
Grief for the culture <ul style="list-style-type: none"> Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Cannot connect with native culture 	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X
Grief for the land <ul style="list-style-type: none"> Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Oakland’s climate is mild 	Simple	X	Simple	X
	Complex		Complex	
	Complex		Complex	
Grief for the social status <ul style="list-style-type: none"> Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Hard work, undocumented status, severe housing issues 	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X
Grief for the group of belonging <ul style="list-style-type: none"> Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Has not experienced racism directly but believes there are certain prejudices toward immigrants 	Simple	X	Simple	X
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for physical risks <ul style="list-style-type: none"> Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Fear of detention, works in dangerous conditions, threat of death if he returns 	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X

Content developed by the EU-MiCare team based on information in:

Achotegui, J. (2024). Migratory grief, as partial, recurrent, and multiple grief. *International Journal of Family & Community Medicine*, 8(2), 44–47. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2024.08.00348>

Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief: The Ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine*, 6, 303–305. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295>

Achotegui, J., Solanas, A., Fajardo, Y., Espinosa, M., Bonilla, I., & Espeso, D. (2017). Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: Escala Ulises. *Norte de Salud Mental*, 15(57), 13–23.

Handout 3: “Berry’s Acculturation Theory”

1. Acculturation, acculturative strategies, and acculturative stress

Prof. John W. Berry defines acculturation as “the dual process of cultural and psychological change that takes place as a result of contact between two or more cultural groups and their individual members. At the group level, it involves changes in social structures and institutions and in cultural practices. At the individual level, it involves changes in a person’s behavioural repertoire” [3].

Berry's model of acculturation provides a comprehensive framework for explaining how individuals and groups adapt to a new cultural environment using different strategies. It considers both the migrants' experiences (individual perspective) and the reactions and policies of the host society (societal perspective).

Individual Perspective

From the individual's point of view, there are four acculturation strategies based on two key dimensions: the degree to which individuals maintain their original culture and the degree to which they integrate new values and seek interaction with the host society.

- **Assimilation:** Individuals adopt mostly the host culture and separate from their original culture. They seek to become indistinguishable from the host society regarding behaviours, traditions and values. This strategy can lead to higher social acceptance but may involve significant personal and cultural loss.
- **Separation:** Individuals maintain their original culture and avoid interaction with the host society. They live within their cultural enclaves and limit their exposure to the broader host culture. While this strategy preserves their cultural identity, it can lead to social isolation and limited opportunities.
- **Integration:** Individuals maintain their original culture while also engaging with the host culture. They become bicultural, navigating and blending elements from both cultures. This strategy often leads to positive outcomes, such as increased social support and better mental health, as it allows individuals to retain their cultural identity while gaining the benefits of the new culture.
- **Marginalization:** Individuals neither maintain their original culture nor adopt the host culture. They feel disconnected from both their heritage and the new society, which can lead to significant psychological stress and social alienation.

Host Society Perspective

From the host society's point of view, Berry’s model examines how the broader societal context influences the acculturation process. This includes the attitudes, policies, and practices that shape the experiences of migrants.

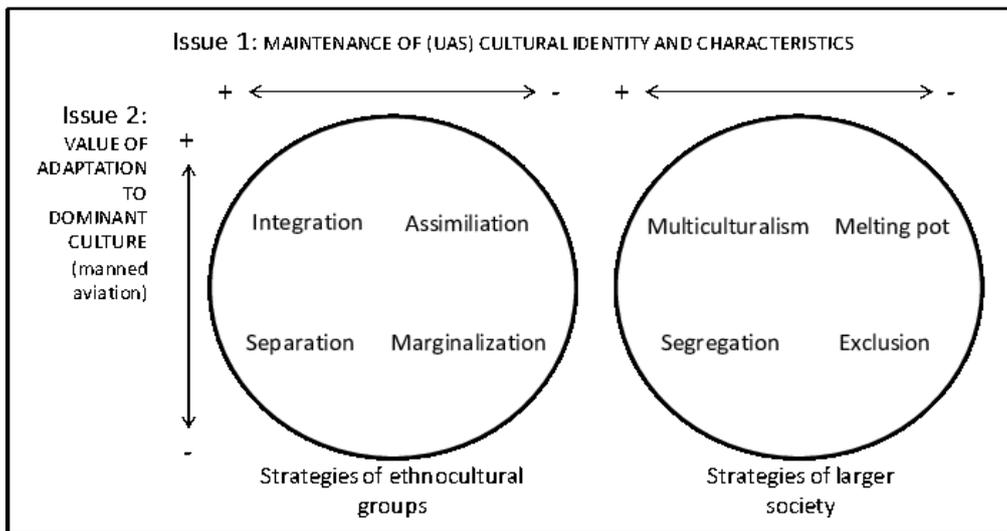
- **Multiculturalism:** The host society encourages the maintenance of original cultural identities and supports cultural diversity. This approach promotes integration by providing resources and opportunities for migrants to engage with both their culture of origin and the new culture. It leads to

positive outcomes for both the host society and the migrants, fostering social cohesion and mutual respect.

- **Melting Pot:** The host society expects immigrants to assimilate and adopt the dominant culture, often at the expense of their original cultural identities. This approach can pressure migrants to abandon their heritage, leading to potential loss of cultural diversity and identity conflict for individuals.
- **Segregation:** The host society supports the maintenance of original cultures but restricts interaction with the dominant culture. This can lead to the development of cultural enclaves and limited social integration. While it preserves cultural identities, it may hinder social cohesion and create parallel societies.
- **Exclusion:** The host society neither supports the maintenance of original cultures nor encourages interaction with the dominant culture. This approach marginalises migrants, leading to significant social and economic disadvantages. It fosters discrimination and social exclusion, negatively impacting the well-being of migrants and the overall harmony of society.

Berry’s model emphasises that the interaction between individual strategies and societal attitudes significantly influences the acculturation process. For example, an individual's integration strategy is more likely to be successful in a multicultural society that values diversity. Conversely, an individual seeking to integrate in a society with exclusionary attitudes may face significant challenges and stress.

Figure 1.4.2-R. “Model of acculturation strategies”



Note: Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>

REFERENCES

- [1] Kizilhan, J.I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie*. (pp. 19-20). Berlin: VWB.
- [2] Kizilhan, J.I. (n.d.). *Psychologische Phasen der Migration* [Video]. [MiMi Gewaltprevention](#). Accessed September 18, 2024.
- [3] Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Modul 2

Kompetenzen zur Erkennung und Erfassung der psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Migrant:innen stärken

**Ärzt:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und
Pflegepersonal**

*Inhalt verfasst vom Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (Deutschland),
dem Research Institute on Social Welfare Policy (POLIBIENESTAR, Universitat de València – Spanien),
und der Cyprus University of Technology (CUT, Zypern) und bearbeitet vom Babel Day Centre (Syn-
Eirmos NGO of Social Solidarity – Griechenland) in Zusammenarbeit mit der Cyprus University of
Technology (CUT, Zypern).*

Letzte Aktualisierung: Dezember 2024

Modul:	Kompetenzen zur Erkennung und Erfassung der psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Migrant:innen stärken
Version:	Ärzt:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Pflegepersonal
Verantwortliche Partner:	EMZ, Polibienestar, CUT, Syn-Eirmos/Babel Day Centre

Modulübersicht

Dieses Modul richtet sich an Fachkräfte im klinischen Bereich und befasst sich mit der Identifizierung und Beurteilung der psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Migrant:innen und Geflüchteten. Einheit 2.1 unterstützt Praktiker:innen, die in transkulturellen Kontexten arbeiten, dabei, den Einfluss von Kultur auf die Beurteilung psychischer Gesundheitsbedürfnisse zu verstehen und zu berücksichtigen. Einheit 2.2 untersucht die intersektionale Perspektive auf Migration und psychische Gesundheit. Sie basiert auf der Annahme, dass die Anwendung der Intersektionalitätstheorie der Komplexität der Erfahrungen von Migrant:innen und Geflüchteten besser gerecht werden kann. Eine intersektionale Perspektive hilft zudem Fachkräften und Ehrenamtlichen, ihre Sichtweise zu erweitern, weitere relevante Aspekte für ihre Arbeit zu erkennen und die eigene Position sowie deren Einfluss auf Begegnungen mit den betreuten Personen zu reflektieren. Einheit 2.3 gibt Einblicke in die Beurteilung psychischer Gesundheitsbedürfnisse von Migrant:innen und Geflüchteten. Sie zeigt die Grenzen ethnonzentrierter diagnostischer Instrumente auf und stellt Strategien für eine transkulturelle Beurteilung psychischer Gesundheit vor, einschließlich Screening-Verfahren und Überweisungsnetzwerke. Zudem wird die Suizidrisikoeinschätzung behandelt, wobei kulturelle Einflüsse und besondere Vulnerabilitäten von Migrant:innen und Geflüchteten berücksichtigt werden. Abschließend zielt Einheit 2.4 darauf ab, das Wissen und die Fähigkeiten der Teilnehmenden zu verbessern, um Krisen zu erkennen und einzuschätzen sowie Psychologische Erste Hilfe (PEH) im Kontext ihrer Arbeit anzuwenden.

Durch das Verständnis der Definition, des grundlegenden Rahmens und der Praxis von PEH sind die Teilnehmenden besser darauf vorbereitet, ein sicheres Umfeld zu schaffen und den Herausforderungen einer schnellen Reaktion auf die psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Migrant:innen in verschiedenen Situationen zu begegnen.

Lernziele des Moduls:

Nach Abschluss dieses Moduls sollten die Teilnehmenden in der Lage sein:

- zu analysieren, wie kulturelle Faktoren verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit beeinflussen können
- die vier Kulturfallen in transkulturellen Interaktionen zu identifizieren
- Modelle zur Einschätzung und zum Verständnis psychischer Gesundheitsprobleme bei kulturell und sprachlich vielfältigen Bevölkerungsgruppen kennenzulernen
- durch Selbstreflexion eigene kulturelle Vorannahmen, Verzerrungen und Stereotype zu erkennen
- über die Zusammenhänge von Macht, Privilegien und Identität sowie deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit zu reflektieren
- zentrale Kriterien für die Auswahl kulturell angemessener Instrumente zur Erfassung psychischer Gesundheit zu überprüfen
- Hürden bei der Einschätzung psychischer Erkrankungen unter Migrant:innen und Geflüchteten zu erkennen
- wirksame Ansätze zur Einschätzung des Suizidrisikos zu analysieren
- Interventionsrahmen für Fachkräfte im Bereich psychische Gesundheit zu klären
- geeignete Gesprächsstrategien zum Thema Suizid mit belasteten Personen aufzuzeigen
- die Definitionen von Psychologischer Erster Hilfe (PEH) und Krisenintervention zu beschreiben zu erklären, was PEH ist – und was nicht
- die drei grundlegenden Handlungsprinzipien von PEH aufzuzählen

Einheiten in diesem Modul:

Modul 2. Kompetenzen zur Erkennung und Erfassung der psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Migrant:innen stärken

Einheit 2.1: Das Zusammenspiel von Kultur und psychischer Gesundheit verstehen

Einheit 2.2: Intersektionale Perspektiven auf Migration und psychische Gesundheit

Einheit 2.3: Ansätze zur Erfassung psychischer Gesundheit bei Migrant:innen und Geflüchteten

Einheit 2.4: Psychologische Erste Hilfe - PEH ("Psychological First Aid" - PFA)

Einheit 2.1: Das Zusammenspiel von Kultur und psychischer Gesundheit verstehen

Modulübersicht

Diese Trainingseinheit soll Fachkräfte, die mit Migrant:innen und Geflüchteten arbeiten, dabei unterstützen, den Einfluss von Kultur auf die Einschätzung psychischer Gesundheitsbedürfnisse besser zu verstehen. Sie thematisiert verschiedene kulturelle Faktoren, die das Verständnis und den Umgang mit psychischer Gesundheit sowohl auf Seiten der Fachkräfte als auch der Nutzer:innen von Angeboten beeinflussen – einschließlich möglicher Stigmatisierung beim Hilfesuchen. Darüber hinaus stellt die Einheit verschiedene Überlegungen und praxisorientierte Reflexionsinstrumente bereit, die Fachpersonen dabei helfen sollen, kulturelle Hürden zu überwinden und sensibel auf die Bedürfnisse von Migrant:innen und Geflüchteten einzugehen.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung](#)
2. [Die Beziehung zwischen Kultur und psychischer Gesundheit](#)
3. [Die vier Kulturfallen in Interaktionen mit Migrant:innen und Geflüchteten](#)
4. [Integration vielfältiger Perspektiven in die psychische Gesundheitsbeurteilung](#)

1. Einführung

Wie in Einheit 1.1 dargestellt, beeinflusst die Kultur, wie wir über psychische Gesundheit sprechen, und umgekehrt beeinflusst die Art und Weise, wie wir über psychische Gesundheit sprechen, die Kultur. **Wenn wir ein Wort hören oder lesen, verbinden wir eine Bedeutung damit, die von unseren kulturellen und gesellschaftlichen Perspektiven geprägt ist.** Unsere Lebenserfahrungen beeinflussen, wie wir dieses Wort interpretieren und verstehen. Zum Beispiel können die Begriffe „psychische Gesundheit“ und „psychische Krankheit“ je nach **rassistischer, ethnischer oder kultureller Gruppe unterschiedliche Interpretationen und Erklärungen haben** [1].

Im Gesundheitswesen, in dem Menschen aus kulturell und sprachlich vielfältigen Hintergründen zusammenkommen, **prägt die Kultur nahezu jeden Aspekt der Interaktion**. Kultur beeinflusst, **wie Menschen ihre Symptome kommunizieren und welche Symptome sie überhaupt teilen**. Sie hat Einfluss darauf, **ob Personen überhaupt Hilfe suchen, welche Art von Hilfe sie suchen, wie sie mit ihren Problemen umgehen**, auf welche sozialen Unterstützungsnetzwerke sie sich stützen und welches **Stigma sie möglicherweise mit psychischen Gesundheitsproblemen verbinden**. Sie beeinflusst auch die Bedeutung, die sie ihrer Erfahrung beimessen. Manche Menschen betrachten psychische Gesundheitsprobleme als körperliche Zustände, während andere sie als Zeichen von Unglück sehen. **Wenn ein Gesundheitssystem diese unterschiedlichen Perspektiven nicht berücksichtigt, erhalten Individuen möglicherweise nicht die Hilfe, die sie benötigen** [1-4].

Um effektive psychische Gesundheitsdienste anzubieten, ist es wichtig, **ein Umfeld zu schaffen, in dem ein gemeinsames Verständnis besteht – nicht nur in Bezug auf die Sprache, sondern auch in Bezug auf die Angleichung von Erwartungen, Perspektiven und Interpretationen zwischen dem Dienstleister und der Person, die die Versorgung in Anspruch nimmt** [4]. Die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses oder einer gemeinsamen Sprache bedeutet eine gemeinsame Anerkennung, die die Grundlage für gegenseitiges Vertrauen und Kommunikation zwischen Personen bildet, die aus unterschiedlichen Blickwinkeln kommen. Dies ist keine Fähigkeit, die einmal erlernt und dann einheitlich angewendet werden kann. Vielmehr **handelt es sich um einen aktiven, fortlaufenden Prozess, der sich durch kontinuierliche Interaktion und Zusammenarbeit mit den Menschen, mit denen wir arbeiten, entwickelt**.

© **Hauptpunkt:** *Interkulturelle, Multikulturelle, Transkulturelle oder Transkulturelle Kontexte? Ein Hinweis zur Sprache*

In Diskussionen über kulturelle Unterschiede und vielfältige Kontexte haben die Begriffe multikulturell, interkulturell, cross-kulturell und transkulturell jeweils unterschiedliche Bedeutungen [5,12]:

- ◆ *Multikulturalität* beschreibt **das gleichzeitige Bestehen verschiedener kultureller Gruppen innerhalb einer Gesellschaft**; ein Mosaik aus getrennten, relativ stabilen kulturellen Identitäten. Multikulturelle Umfelder

zeichnen sich häufig durch ein geringes Maß an Interaktion zwischen den Kulturen aus, da der Fokus auf Toleranz und Repräsentation liegt, anstatt auf aktivem Austausch oder Integration. Multikulturalität neigt dazu, kulturelle Grenzen aufrechtzuerhalten, wodurch Gruppen nebeneinander existieren können, ohne notwendigerweise die Praktiken oder Perspektiven der anderen zu beeinflussen.

- ◆ **Interkulturalität** konzentriert sich auf **die Interaktionen und Beziehungen zwischen unterschiedlichen kulturellen Gruppen**. Sie fördert den Dialog und das gegenseitige Verständnis, während sie kulturelle Unterschiede anerkennt, oft in Kontexten mit historischen oder strukturellen Spannungen zwischen dominanten und Minderheitengruppen. Interkulturelle Ansätze sind besonders relevant in Bildungs- und Gemeinschaftskontexten, in denen das Überbrücken des Verständnisses zwischen verschiedenen kulturellen Gruppen im Vordergrund steht.
- ◆ **Kulturvergleich** („cross-culturalism“) konzentriert sich auf den **Vergleich und die Analyse von Verhaltensweisen, Werten, Glaubenssystemen, Moralvorstellungen, Gewohnheiten und sozialen Normen zwischen verschiedenen kulturellen Gruppen**. Das Hauptziel ist es, kulturelle Nuancen zu verstehen, die menschliche Interaktionen beeinflussen. Es handelt sich um einen systematischen Ansatz in der Forschung, der darauf abzielt, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Kulturen zu identifizieren. Obwohl es keine Integration oder Verschmelzung impliziert, ermöglicht es Forschern und Praktikern, Modelle zu entwickeln, die die Kommunikation erleichtern und potenzielle Missverständnisse in verschiedenen Kontexten ansprechen können.
- ◆ **Transkulturalität** stammt aus theoretischen Perspektiven, die Kulturen als relational, dynamisch, fließend und ständig im Wandel begriffen betrachten. In dieser Sichtweise sind **Kulturen weder statisch noch isoliert; sie werden aktiv durch kontinuierliche Interaktionen und wechselseitige Einflüsse gestaltet**. Diese Perspektive ist besonders relevant im Migrationskontext, da sie die gemeinsamen, miteinander verbundenen Erfahrungen über kulturelle Grenzen hinweg betont. Indem die Vorstellung von Kulturen als separate „Inseln“ herausgefordert wird, fördert die Transkulturalität eine Denkweise der sozialen Kohäsion und **macht sie zu einem entscheidenden Rahmen für das Verständnis der Komplexitäten von Identität und Zugehörigkeit in einer zunehmend globalisierten Welt**.

In diesem Kurs nehmen wir eine transkulturelle Perspektive ein, die ein eindimensionales, lineares Verständnis von Migration überwindet. Um die Komplexität der Lebensrealitäten von Migrant:innen und Geflüchteten

wirklich zu verstehen, erkennen wir an, dass Individuen ständig mit verschiedenen Elementen interagieren und sich an diese anpassen, wobei sie auf breitere Netzwerke kulturellen Wissens zugreifen. Als Fachkräfte und Ehrenamtliche sind auch wir aufgefordert, uns weiterzuentwickeln – gewohnte Perspektiven hinter uns zu lassen, um den Menschen auf ihrem Weg zu einem neuen Zuhause wirklich zu begegnen. Diese wechselseitige Transformation ermöglicht es beiden Seiten, kulturelle Gräben zu überbrücken und sich gemeinsam auf eine Reise der Resilienz, Anpassung und des Verständnisses zu begeben.

2. Die Beziehung zwischen Kultur und psychischer Gesundheit

Die Phänomenologie der psychischen Gesundheit bezieht sich darauf, **wie Individuen ihr psychisches Wohlbefinden erleben und deuten**. Sie betont die subjektiven Bedeutungen und Interpretationen, die Menschen ihren psychologischen Erfahrungen im Rahmen eines breiteren kulturellen Gefüges von Überzeugungen, Werten und Praktiken zuordnen [1]. Kultur beeinflusst jedoch nicht nur die subjektiven Erfahrungen von Individuen, sondern auch die **Dynamik ihrer Beziehungen zu Gesundheitsdienstleistern** [6,7]. Wie in Einheit 1.5 erörtert, können bei der Beurteilung von psychischer Gesundheit, wenn soziale und kulturelle Faktoren übersehen werden, Fehldiagnosen und die Aufrechterhaltung klinischer Stereotype aufgrund von Rasse, ethnischer Herkunft, Geschlecht und anderen Faktoren auftreten. Darüber hinaus zeigt eine wachsende Zahl an Belegen, dass bestehende **Gesundheitssysteme möglicherweise nicht ausreichend darauf vorbereitet sind, die Bedürfnisse von Minderheiten- und Migrantengruppen in transkulturellen Kontexten zu erfüllen** [3]. Im folgenden Abschnitt beziehen wir uns auf eine Reihe kultureller Faktoren, die verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit beeinflussen können.

Selbstidentität

Kultur **beeinflusst nicht nur, wie Individuen Probleme definieren und angehen, sondern auch ihre Annahmen über das Selbst und zwischenmenschliche Beziehungen**. Diese Vielfalt in Weltanschauungen bedeutet, dass grundlegende Überzeugungen über die Realität und das Selbst weltweit variieren. Depression beispielsweise manifestiert sich in nicht-westlichen Kulturen häufig durch **somatische und relationale Beschwerden, was einen Ausdruck des sozialzentrierten** (oder kollektiven)

Selbstverständnisses in diesen Kontexten darstellt [1,3,4]. Hier ist das Selbstgefühl in Beziehungen und sozialen Kontexten eingebettet und wird kontinuierlich von diesen geprägt. Im Gegensatz dazu wird Depression in westlichen Kulturen häufig durch **Gefühle von Wertlosigkeit und Verzweiflung** beschrieben. Diese sind intrapsychische Zustände, die ein individualistisches Selbstverständnis widerspiegeln, bei dem das Selbst als autonome, innere Entität angesehen wird, die für persönliche Handlungsfähigkeit verantwortlich ist [4].

In nicht-westlichen Kontexten, in denen die Selbstidentität stärker relational geprägt ist, **spielen Konzepte wie Ehre, Pflicht und Tugend eine wichtige Rolle**, während **westliche Gesellschaften Selbstverwirklichung und Authentizität priorisieren**. Der Unterschied in der Selbstwahrnehmung beeinflusst auch die Art der emotionalen Erfahrungen, die Menschen berichten: **Schuldgefühle sind in individualistischen Kulturen häufiger**, da sie aus innerer Selbstkritik entstehen, während **Scham in kollektivistischen Kulturen tendenziell stärker ausgeprägt ist** und mit sozialer Bewertung verknüpft wird. Diese kontrastreichen Auffassungen des Selbst können für Fachkräfte eine Herausforderung darstellen, insbesondere für diejenigen, die in westlichen Modellen ausgebildet sind, die auf individuelle Veränderung fokussieren [4].

Umgangsstrategien und Suche nach Behandlung

Kultur beeinflusst auch Bewältigungsstile und das Verhalten bei der Behandlungssuche [3,4], was bedeutet, dass der kulturelle Hintergrund einer Person darüber entscheiden kann, **ob sie Hilfe bei konventionellen psychischen Gesundheitsdiensten oder traditionellen Heilern sucht**. In Kulturen, in denen psychische Belastung als Folge von spirituellen Kräften (wie Flüchen oder dem bösen Blick) wahrgenommen wird, neigen Individuen eher dazu, Unterstützung bei Gemeinschaftspraktikern zu suchen, anstatt psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen [1,3,4]. Die Entscheidung, Hilfe zu suchen, kann auch von sozio-kulturellen Lernerfahrungen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit beeinflusst werden. Einige Kulturen fördern emotionale Offenheit, während andere Zurückhaltung empfehlen. In Kulturen, in denen **psychische Gesundheitsprobleme mit Scham oder Schwäche assoziiert werden**,

können Individuen diese Überzeugungen internalisieren, was zu einer Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von psychischen Gesundheitsdiensten führt.

Stigma

Definiert durch ein „Cluster negativer Einstellungen und Überzeugungen“ [8] **motiviert Stigma gesellschaftliche Ängste, Vermeidung und Diskriminierung von Menschen, die mit psychischen Gesundheitsproblemen kämpfen.** Stigma im Zusammenhang mit psychischen Gesundheitsproblemen und der Hilfeersuche kann durch fünf verschiedene, aber miteinander verbundene Bereiche verstanden werden [9]: (1) **Selbststigma**, (2) **Hilfeersuchen-Stigma**, (3) **assoziiertes Stigma**, (4) **öffentliches Stigma** und (5) **antizipiertes Stigma**. Stigma ist besonders weit verbreitet in bestimmten kulturellen Gruppen, die aufgrund kultureller Normen intensivere Scham und Isolation erleben können. Studien zeigen, dass beispielsweise asiatisch-amerikanische Gemeinschaften in den USA Hilfe in geringerem Maße suchen, teilweise aufgrund des **extremen Stigmas, das psychische Erkrankungen mit Familienehre in Verbindung bringt** [10]. Währenddessen zeigt die interkulturelle Forschung, wie öffentliche Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen variieren [1,10,11]: Hispanische und asiatisch-amerikanische Gemeinschaften neigen dazu, Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen als gefährlicher zu betrachten als andere Gruppen, was potenziell Barrieren für die Behandlung verstärken kann.

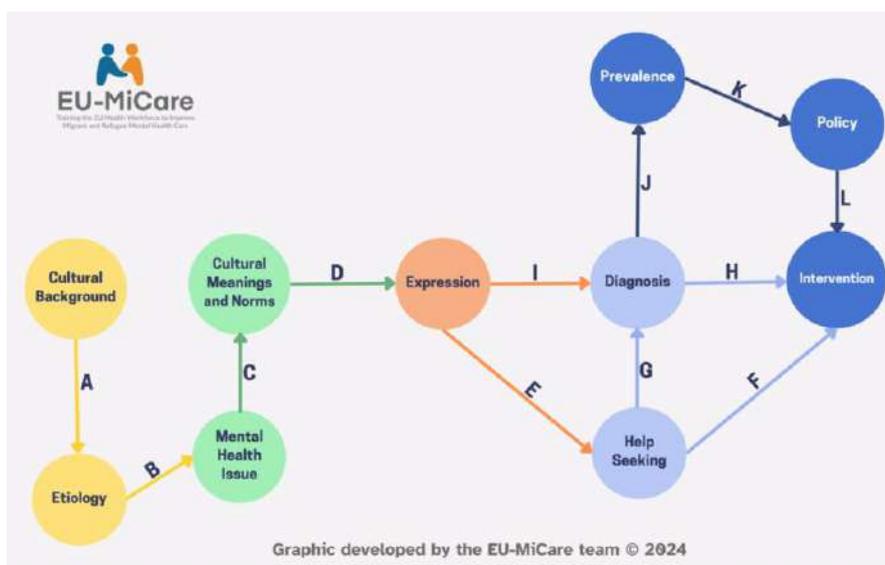
Beziehungsdynamiken im Gesundheitssystem

Wenn Fachkräfte und Service-Nutzer:innen keinen gemeinsamen kulturellen Hintergrund haben, **kann das Potenzial für eine Fehlanpassung in Werten, Annahmen und Erwartungen über die Behandlung wachsen**, wobei Fachkräfte möglicherweise Symptome oder Perspektiven abtun, die für die betroffene Person entscheidend sind. **Machtverhältnisse, institutionelle Vorurteile und historische Ungerechtigkeiten, die in Gesundheitssystemen verankert sind**, können ebenfalls erhebliche Barrieren für eine effektive Versorgung darstellen [2,7]. Beispielsweise sehen sich marginalisierte Bevölkerungsgruppen häufig mit systemischer Diskriminierung konfrontiert, was **Misstrauen gegenüber Gesundheitseinrichtungen hervorrufen kann, die sie historisch nicht gerecht bedient haben.**

Gesundheitsfachkräfte haben, wie jede andere Gruppe, eine eigene berufliche Kultur – eine, die durch einen Fokus auf **biomedizinische Rahmenwerke gekennzeichnet ist, die psychische Gesundheitsprobleme als Folge von chemischen Ungleichgewichten im Gehirn begreifen**. Dies kann zu einer starken Betonung auf „objektive Diagnosen“ und pharmakologische Behandlungen als primäre Interventionsmethode führen [4]. Ein solcher Ansatz birgt das Risiko, **universelle Lösungen zu priorisieren, und kann unbeabsichtigt Distanz zu den Service-Nutzern schaffen, indem er die kulturell verankerten Wahrnehmungen übersieht, die die individuellen Erfahrungen mit psychischer Gesundheit prägen**.

Während unter Fachkräften zunehmend anerkannt wird, dass Kultur einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat, fällt es vielen Anbietern immer noch schwer, zu artikulieren, wie diese kulturellen Faktoren in der klinischen Praxis umgesetzt werden können. Das Modell der Kulturelle Einflüsse auf die psychische Gesundheit („Cultural Influences on Mental Health“ – CIMH) [3] (siehe Abbildung 2.1.1 unten und Tabelle auf der nächsten Seite) wurde speziell entwickelt, um diese Lücke zu schließen, indem es einen **strukturierten Ansatz bietet, um zu verstehen, wie Kultur mit psychischer Gesundheit interagiert**.

Abbildung 2.1.1. „Das Modell der kulturellen Einflüsse auf die psychische Gesundheit
(„Cultural Influences on Mental Health“ – CIMH)“



Hinweis: Grafik neu angepasst vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von Hwang et al. (2008)

Komponenten des CIMH-Modells

Pfad A und B:	(Kultureller Hintergrund → Entstehung/Ursachen → Psychische Problematik) Der kulturelle Hintergrund und die individuellen Merkmale von Personen (A) beeinflussen das Entstehen psychischer Gesundheitsprobleme (B). So können etwa Geflüchtete, die zur Flucht gezwungen wurden, mit besonderen Belastungen und Hürden beim Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung konfrontiert sein, was das Risiko negativer psychischer Folgen erhöht.
Pfad C und D:	(Psychische Problematik → Kulturelle Bedeutungen und Normen → Ausdrucksform) Kulturelle Bedeutungen und Normen (C) prägen die Art und Weise, wie psychische Gesundheitsprobleme ausgedrückt werden (D).
Pfad E und I:	(Ausdruck → Hilfe suchen / Ausdruck → Diagnose) Die Ausdrucksformen psychischer Belastung wirken sich darauf aus, ob und wie betroffene Personen Hilfe suchen (E) sowie auf die Annahmen, die bei der Diagnosestellung getroffen werden (I).
Pfad G, H, und F:	(Hilfe suchen → Diagnose → Intervention / Hilfe suchen → Intervention) Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen – etwa der Primärversorgung, psychiatrischen Versorgung oder traditionellen/indigenen Heilverfahren – können psychische Symptome unterschiedlich interpretieren (G), was wiederum zu vielfältigen Behandlungsansätzen und -verläufen führt (H & F).
Pfad J, K, und L:	(Diagnose → Prävalenz → Politik → Intervention) Die Diagnose beeinflusst die erfasste Prävalenz psychischer Gesundheitsprobleme in bestimmten Bevölkerungsgruppen, wie zum Beispiel Migrant:innen (J). Diese Prävalenzdaten können politische Entscheidungen beeinflussen (K), die wiederum die verfügbaren Behandlungsarten, einschließlich kultursensibler Interventionen und mentaler Gesundheitsressourcen in den Muttersprachen, prägen (L).

Hinweis: Neu erstellt vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von Hwang et al. (2008)

© **Hauptpunkt:** Ein kultursensibler Ansatz für die Beratung im Falle einer traumatischen Trauerbewältigung

Um diese kulturellen Überlegungen zu veranschaulichen, stellt Prof. John McLeod [4] die folgende Fallstudie vor:

In der Winterzeit 1984 wurden etwa 12.000 Falashas (Juden aus Äthiopien) aus ihren Dörfern im Norden Äthiopiens vertrieben, bedingt durch eine Mischung aus Hunger, der Angst vor dem Krieg und dem Wunsch, nach Israel auszuwandern. Auf ihrem langen Marsch durch die Wüste und in den Flüchtlingsunterkünften sind etwa

3.000 Menschen gestorben. Schließlich gelang es der israelischen Regierung, die Überlebenden per Luftbrücke in Sicherheit zu bringen, jedoch erst nach enormen Traumata und der Zerstörung vieler Familienstrukturen.

Etwa zwei Jahre später wurde M, eine 31-jährige äthiopische Frau, verheiratet mit vier Kindern und nur Amharisch sprechend, an eine psychiatrische Abteilung in Jerusalem überwiesen. Obwohl es schwierig war, geeignete Übersetzungsdienste zu organisieren, stellte sich heraus, dass sie viele Wochen in der Wüste umhergeirrt war, während derer ihr Baby gestorben war. Sie hatte die Leiche des Kindes noch mehrere Tage mit sich getragen, bis sie in Israel ankam, wo der stark riechende Leichnam von ihr genommen und begraben wurde. In den zwei Jahren zuvor war sie wiederholt nach „asthmatischen Anfällen“ hospitalisiert worden. Nun war sie unruhig, ängstlich und depressiv und klagte über „ein Schlangenbein“. Sie wurde mit einer akuten psychotischen Episode diagnostiziert. Das Personal der psychiatrischen Abteilung konnte einen Anthropologen finden, der mit M's Kultur und Sprache vertraut war, und es stellte sich heraus, dass sie sich selbst als „unrein“ erlebte, weil sie nie das Reinigungsritual hatte durchführen können, das von ihrer religiösen Sekte für alle verlangt wird, die mit einer menschlichen Leiche in Kontakt gekommen sind. Ihre Schwiegermutter hatte ihr verboten, über ihre Gefühle bezüglich ihrer Trauer zu sprechen: „Schlange im Bein“ stellte sich als ein Falasha-Irrtum heraus, um Unstimmigkeiten mit der Schwiegermutter zu bezeichnen. M erhielt eine Beratung, die sie ermutigte, über den Tod ihres Babys zu sprechen, und ein Reinigungsritual wurde arrangiert. Bei einer Nachuntersuchung nach 30 Monaten ging es ihr gut, und sie hatte ein neues Baby, obwohl sie zugab, immer noch um ihr verstorbenes Kind zu trauern.

Der Fall von M und die damit verbundenen Probleme werden ausführlicher in Schreiber (1995) beschrieben. Es handelt sich um einen Fall, der die Stärken eines multikulturellen Ansatzes aufzeigt. Obwohl die betroffene Person mit körperlichen, somatischen Symptomen vorstellig wurde, die prinzipiell mit Medikamenten und der konventionellen westlichen Psychiatrie behandelt werden könnten, nahmen sich die Therapeuten des Falls die Zeit, die Bedeutung dieser Symptome zu ergründen. Anschließend entwickelten sie eine Hilfsform, die indigene und psychotherapeutische Interventionen auf eine Weise miteinander verband, die für diese individuelle Person angemessen war.

3. Die vier Kulturfallen in Interaktionen mit Migrant:innen und Geflüchteten

Wie bereits besprochen, müssen **Fachkräfte, um das psychosoziale Wohlbefinden im Kontext von transkulturellen Interaktionen zu fördern, Herausforderungen im Zusammenhang mit ihren eigenen Vorurteilen und Einstellungen überwinden.** Diese Herausforderungen anzugehen erfordert Selbstreflexion und ein Bewusstsein für die vier Kulturfallen, die die Effektivität der Kommunikation mit Menschen aus unterschiedlichen kulturellen und sprachlichen Hintergründen beeinträchtigen können [12,13].

Die vier Kulturfallen in transkulturellen Interaktionen	
1. Machtasymmetrien	Unterschiede im sozialen Status, rechtlichen Status oder institutionellen Rollen können Ungleichgewichte in der Interaktion zwischen Fachkräften und Migrant:innen sowie Geflüchteten erzeugen, was die Kommunikation und Zusammenarbeit beeinträchtigen kann.
<p>BEISPIEL: Mariela, eine indigene Frau aus einer ländlichen Region in El Salvador, könnte sich von ihrer deutschen Sozialarbeiterin eingeschüchtert fühlen, aufgrund ihres rechtlichen Status und ihrer Unkenntnis des deutschen Gesundheitssystems. Dieses Machtungleichgewicht könnte dazu führen, dass Mariela zögert, offen über ihre psychischen Gesundheitsprobleme zu sprechen, aus Angst, stigmatisiert zu werden, was sich negativ auf ihre allgemeine Gesundheit und ihren Anpassungsprozess auswirken könnte.</p>	
2. Kollektiverfahrenungen	Sowohl Klient:innen/Service-Nutzer:innen als auch Fachkräfte bringen ihre kollektiven kulturellen Erfahrungen und historischen Spannungen in die Therapie ein, was ihre Wahrnehmungen und Interaktionen beeinflussen kann.
<p>BEISPIEL (fortgesetzt): Wenn Marielas Sozialarbeiter voreingenommene Vorstellungen darüber hat, dass indigene Salvadorianer gegenüber moderner Medizin resistent sind – basierend auf historischen Stereotypen –, könnte dies beeinflussen, wie er Marielas Zurückhaltung gegenüber bestimmten Behandlungen wahrnimmt.</p>	
3. Fremdbilder	Medienbilder prägen Vorurteile und Stereotype und beeinflussen so die Wahrnehmung verschiedener kultureller Gruppen.
<p>BEISPIEL (fortgesetzt): Medien stellen salvadorianische Migrant:innen oft in einem negativen Licht dar, was dazu führen könnte, dass Marielas Sozialarbeiterin sie unbewusst durch eine stereotype Brille sieht – etwa als Opfer oder ausschließlich durch ihren Migrationsstatus definiert. Das Erkennen und Hinterfragen solcher Stereotype hilft der Sozialarbeiterin, eine individuellere und sinnvollere Betreuung zu gewährleisten.</p>	

4. Differente Kulturmuster	Unterschiede in kulturellen Normen können zu Missverständnissen in der Beziehung zwischen der hilfesuchenden Person und der Fachkraft führen.
<p>BEISPIEL (fortgesetzt): Marielas Sozialarbeiter könnte erwarten, die Beratungssitzungen mit einem direkten Fokus auf psychosoziale Themen zu beginnen, was im Gegensatz zu Marielas Praxis steht, zunächst durch informelle Gespräche Vertrauen aufzubauen. Mariela könnte den direkten Ansatz als abrupt oder unpersönlich empfinden. Der Sozialarbeiter sollte diesen kulturellen Unterschied erkennen und Zeit für den Beziehungsaufbau einräumen, um die Kommunikation und die Wirksamkeit der Therapie zu verbessern.</p>	

Hinweis: Erstellt vom EU-MiCare-Team auf Grundlage von Informationen von von Lersner & Kizilhan (2017)

4. Integration vielfältiger Perspektiven in die psychische Gesundheitsbeurteilung

Der folgende Abschnitt stellt praktische Modelle und Werkzeuge vor, die entwickelt wurden, um Stagnationspunkte in der professionellen Klienten-Beziehung zu identifizieren und anzugehen, insbesondere im Kontext der Betreuung von Migrant:innen und Geflüchteten. Eine Zusammenfassung der diagnostischen Kategorien und der damit verbundenen kulturellen Überlegungen findet sich im Modul 1, Einheit 1.5: Häufige psychische Gesundheitsstörungen bei Migrant:innen und Geflüchteten

Erklärungsmodelle in der klinischen Praxis

Ein wesentlicher Aspekt der Arbeit in transkulturellen Kontexten besteht darin, **zu verstehen, wie Menschen ihre Erfahrungen deuten**. Das DSM-5 definiert **kulturelle Konzepte der Belastung („cultural concepts of distress“)** als die Weisen, in denen kulturelle Gruppen „Leiden, Verhaltensprobleme oder beunruhigende Gedanken und Emotionen erleben, verstehen und kommunizieren“ [14]. Diese „Verständnisse“ oder „Erklärungen“ – die sich von wissenschaftlich basierten Rahmenwerken unterscheiden können – spiegeln die Erklärungsmodelle von Krankheit der Menschen wider. Bei der Nutzung eines **Erklärungsmodells („explanatory model“)** (EM) können Kliniker die Fragen **Was, Warum, Wie und Wer** stellen, um eine gemeinsame Sprache mit den Menschen zu entwickeln, mit denen sie arbeiten, mit dem Ziel eines gemeinsamen Ergebnisses: Heilung [15,16]. Durch die Integration von EMs in den Beurteilungsprozess können Fachkräfte wertvolle Einblicke in die Überzeugungen, Erwartungen und

den kulturellen Hintergrund einer Person gewinnen, was die Effektivität der Interventionen steigern kann [15].

 **Reflexionspause:** Nehmen Sie sich einen Moment für Selbstreflexion (oder Gruppenreflexion mit Ihren Kolleg:innen) und denken Sie über einen herausfordernden Moment nach.

Reflektieren Sie über eine herausfordernde oder belastende Erfahrung, die Sie in einem anderen kulturellen Kontext gemacht haben – eine Situation, in der Sie sich frustriert, verwirrt, beschämt oder tief beunruhigt fühlten. Überlegen Sie, wie Ihr kultureller Hintergrund Ihre Reaktion auf diese Situation beeinflusst haben könnte. Können Sie kulturelle Faktoren erkennen, die Ihre Reaktion erklären könnten? Wie hätten lokale Personen aus dieser Kultur möglicherweise ähnlich oder anders reagiert, und welches Erklärungsmodell für Belastung oder Krankheit hätten sie in dieser Situation möglicherweise verwendet? Warum, glauben Sie, gibt es Unterschiede in den Reaktionen – falls vorhanden?

Quelle: [Culture Matters: The Peace Corps Cross-Cultural Workbook](#)
und vom EU-MiCare-Team für die Zwecke dieses Kurses angepasst.

Die Anpassung dieser Grafik für die Zwecke dieser Übung stellt keine Billigung durch das Peace Corps dar.

Das **Cultural Formulation Interview (CFI)** [17] ist das erste Instrument im DSM-System, das darauf ausgelegt ist, den Ansatz des Erklärungsmodells in die Untersuchung von psychischen Gesundheitsproblemen zu integrieren. Das CFI wird in Einheit 2.3 ausführlich erläutert. Die folgende Tabelle auf der nächsten Seite bietet jedoch eine einfache Orientierung, die **als Eisbrecher dienen kann, um Gespräche über psychische Gesundheit zu beginnen**. Sie hilft Fachkräften, **die Perspektive der betroffenen Person zu verstehen und Brücken zu bauen, um angepasste Erklärungsmodelle zu entwickeln** [12].

→ **VIDEO:** [Verwendung des Cultural Formulation Interview \(Video auf Englisch\)](#) 

Wie würden Sie Ihr Problem definieren?

1. Was sind die Konsequenzen des Problems?
2. Was sind die Ursachen des Problems?
3. Wie lange besteht das Problem schon?
4. Welche Erklärungen hat Ihre Familie oder Ihr soziales Umfeld für das Problem?
5. Welche Sorgen haben Sie bezüglich des Problems?
6. Wie denken Sie, dass es behandelt werden kann?
7. Wer könnte Ihnen helfen?

Hinweis: Nachgebildet vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen Lersner & Kizilhan (2017)

Kulturelle Ausdrucksformen des Leidens („Idioms of Distress“)

Während Depression als ein kulturübergreifendes Konzept anerkannt wird [12], sind kulturell spezifische Ansätze für seelisches Leid durch individuelle Erklärungsmodelle und kulturelle Normen im Umgang mit psychischer Gesundheit geprägt. Menschen aus verschiedenen kulturellen Hintergründen können daher ihre Belastung unterschiedlich beschreiben. Diese kulturell einzigartigen Ausdrücke, **die möglicherweise nicht direkt mit bestimmten Symptomen oder Syndromen übereinstimmen, sondern eher ein gemeinsames Verständnis von Leid innerhalb einer Gemeinschaft verkörpern**, werden als „*idioms of distress*“ bezeichnet [18].

Beispiel: In der Türkei gibt es zwei Idiome für tiefes Bedauern: „Mein Kopf ist kalt“ und „Meine Leber ist kalt“. Die ausgedrückten Emotionen passen nicht zu den üblichen westlichen Diagnosemodellen und sollten metaphorisch verstanden werden. Sie liefern Informationen über innere Zustände auf eine kulturell akzeptierte Weise [12].

Warum ist es wichtig, *Idioms of Distress* zu berücksichtigen? Diese Ausdrücke können als eine wichtige Brücke für Fachkräfte im Bereich der mentalen Gesundheit dienen, da sie ihnen helfen, ein tieferes Verständnis für die Probleme und Herausforderungen zu entwickeln, die Migrant:innen und Geflüchtete in Bezug auf ihr Wohlbefinden ausdrücken. Darüber hinaus können Idiome des Leidens für Fachleute außerhalb dieses Bereichs darauf hinweisen, dass eine Person an einem Punkt angekommen ist, an dem es sinnvoll ist, spezialisierte Betreuung zu initiieren und sie an einen Experten für psychische Gesundheit zu überweisen. Es ist möglicherweise nicht notwendig, jedes Idiom, jede Redewendung oder jedes Konzept auswendig zu lernen, da deren Relevanz (oder das Fehlen dieser) je nach Gemeinschaft variiert, aber Fachkräfte sollten eine offene, neugierige Haltung einnehmen, um die verschiedenen Formen der Kommunikation zu erkunden, die durch Faktoren wie Generation, Geschichte, geografische Region und Geschlechtsidentität geprägt sind.

Das DSM-5 bietet eine Liste von „kulturellen Konzepten des Leidens“, um Fachkräfte im Bereich der psychischen Gesundheit bei der Integration dieser Nuancen in die klinische Praxis zu unterstützen [14]. Dabei wird die Bedeutung hervorgehoben, sowohl die Intensität als auch die zugrunde liegende Bedeutung dieser kulturell spezifischen Ausdrücke von Unbehagen zu verstehen. Weitere Informationen sind im  [Repository](#) zu finden (siehe 2.1 – Handout 1. “List of Idioms of Distress”).

Kulturelle Kompetenz und kulturelle Sensibilität

Die Entwicklung kultureller Kompetenz erfordert einen vielschichtigen Ansatz, der ein tiefes Verständnis für verschiedene kulturelle Normen, Werte, Überzeugungen und Kommunikationsstile beinhaltet. Sie erfordert auch die **Förderung von Empathie, Neugier, Demut und Offenheit gegenüber kulturellen Unterschieden** [2,7]. Kulturelle Sensibilität geht über das bloße Bewusstsein für kulturelle Vielfalt hinaus; sie umfasst **die Fähigkeit, das eigene Verhalten, die Kommunikation und Interventionen anzupassen, um den Bedürfnissen und Vorlieben von Menschen aus verschiedenen kulturellen Hintergründen gerecht zu werden**. Dies beinhaltet Praktiken wie aktives Zuhören, das Aussetzen von Urteilen und das Einfühlen in kulturelle Nuancen sowohl in der verbalen als auch in der non-verbalen Kommunikation [7].

Die richtige Reflexion und die Entwicklung dieser Kompetenzen können erheblich dazu beitragen, Herausforderungen in Szenarien wie den oben genannten zu bewältigen. Eine weiterführende Auseinandersetzung mit diesen Kompetenzen und Konzepten wird in Modul 3, Einheit 3.1: Effektive Kommunikation und Einheit 3.2: Kulturelle Bewusstheit behandelt.

 **Reflexionspause: Reflektieren Sie über die Eisberg-Analogie der Kultur.**

Kultur wird treffend mit einem Eisberg verglichen. Genau wie ein Eisberg einen sichtbaren Teil über der Wasserlinie und einen größeren, unsichtbaren Teil unter der Wasserlinie hat, weist auch Kultur einige Aspekte auf, die beobachtbar sind, und andere, die nur vermutet, vorgestellt oder erahnt werden können.

Ebenso wie bei einem Eisberg ist der sichtbare Teil der Kultur (beobachtbares Verhalten) nur ein kleiner Teil eines viel größeren Ganzen. Das Konzept des kulturellen Eisbergs stammt aus Edward T. Halls Werk „Beyond Culture“ (1976).

Nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um über die unten aufgeführten nummerierten Merkmale nachzudenken. Überlegen Sie, welche dieser Aspekte in Ihren alltäglichen Interaktionen mit Migrant:innen und Geflüchteten beobachtbar sind und welche möglicherweise weniger sichtbar oder unter der Oberfläche verborgen bleiben. Überlegen Sie, wie diese unsichtbaren kulturellen Elemente das Verhalten und die Erfahrungen beeinflussen könnten, die Ihnen als Fachkraft oder Ehrenamtliche:r sichtbar sind. Stellen Sie sich in Ihrer Reflexion folgende Fragen:

(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

- Welche Aspekte von Kultur sind für Sie sichtbar, und welche bleiben verborgen?
- Wie beeinflussen die unsichtbaren Aspekte der Kultur das sichtbare Verhalten?
- Inwiefern könnten diese Faktoren die psychische Gesundheit oder Bewältigungsstrategien der Menschen beeinflussen?
- Wie könnte das Verständnis dieser verborgenen Faktoren Ihre Herangehensweise an die Menschen, mit denen Sie arbeiten, verändern?

1. Gesichtsausdrücke	9. Gesten	17. Selbstbild
2. Religiöse Überzeugungen	10. Feiertagsbräuche	18. Arbeitsmoral
3. Religiöse Rituale	11. Konzept von Gerechtigkeit	19. Schönheitsideal
4. Bedeutung von Zeit	12. Vorstellung von Freundschaft	20. Musik
5. Werte	13. Vorstellungen von Bescheidenheit	21. Schönheitsstile
6. Literatur	14. Speisen	22. Musik (doppelt, evtl. entfernen?)
7. Vorstellungen zur Kindererziehung	15. Essgewohnheiten	23. Kleidungsstile
8. Führungsmodelle	16. Verständnis der natürlichen Welt	24. Allgemeine Weltanschauung

Quelle: [Culture Matters: The Peace Corps Cross-Cultural Workbook](#)

und angepasst vom EU-MiCare-Team für die Zwecke dieses Kurses.

Die Anpassung dieser Grafik für die Zwecke dieser Übung stellt keine Billigung durch das Peace Corps dar.

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Office of the Surgeon General (US), Center for Mental Health Services (US), & National Institute of Mental Health (US). (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity: A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- [2] Ogundare, T. (2020). Culture and mental health: Towards cultural competence in mental health delivery. *Journal of Health and Social Sciences*, 5(1), 23–34.
- [3] Hwang, W. C., Myers, H. F., Abe-Kim, J., & Ting, J. Y. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: the cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 211–227. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.05.001>
- [4] McLeod, J. (2013). Multicultural counseling. In *An Introduction to Counselling* (5th ed., pp. 286–315). Open University Press.
- [5] Benessaïeh, A. (2010). *Transcultural Americas: Cultures, Identities, and Nation-States in a Globalized World*. Ottawa, Ontario: University of Ottawa Press.
- [6] Smedley, B. D., Stith, A. Y., Nelson, A. R., & Institute of Medicine (U.S.) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academy Press.
- [7] Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- [8] Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765–776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- [9] Crowe, A., Averett, P., Glass, J. S., Dotson-Blake, K. P., Grissom, S. E., Ficken, D. K., & Holmes, J. (2016). Mental health stigma: Personal and cultural impacts on attitudes. *Journal of Counselor Practice*, 7(2), 97–119.
- [10] Zhang, A. Y., Snowden, L. R., & Sue, S. (1998). Differences between Asian and White Americans' help seeking and utilization patterns in the Los Angeles area. *Journal of Community Psychology*, 26(4), 317–326. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199807\)26:4<317::AID-JCOP2>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199807)26:4<317::AID-JCOP2>3.0.CO;2-Q)
- [11] Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: are mental illness and help-seeking self-stigmas different?. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520–531. <https://doi.org/10.1037/a0033555>
- [12] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02755-000>
- [13] Auernheimer, G. (2002). Interkulturelle Kommunikation, mehrdimensional betrachtet, mit Konsequenzen für das Verständnis von interkultureller Kompetenz. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (Interkulturelle Studien, Bd. 13, 2. Aufl., 35–65). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [14] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing

-
- [15] Kirmayer, L.J. and Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: social context and explanatory models. In I.M. Salloum and J.E. Mezzich (Eds.), *Psychiatric Diagnosis: Patterns and Prospects* (pp.29–37). New York: John Wiley & Sons.
- [16] Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.
- [17] Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., & Kirmayer, L. J. (Eds.) (2016). *DSM-5® handbook on the cultural formulation interview*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- [18] Kaiser, B. N., & Jo Weaver, L. (2019). Culture-bound syndromes, idioms of distress, and cultural concepts of distress: New directions for an old concept in psychological anthropology. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 589–598.
<https://doi.org/10.1177/1363461519862708>

Einheit 2.2: Intersektionale Perspektiven auf Migration und psychische Gesundheit

Einheitsübersicht

Diese Trainingseinheit soll Fachkräfte und Ehrenamtliche, die mit Migrant:innen und Geflüchteten arbeiten, dabei unterstützen, über vereinfachte Ansätze in ihrer Praxis hinauszugehen. Sie thematisiert die Risiken des kulturellen Essentialismus, der Individuen auf ein einziges Identitätsmerkmal reduziert und dabei die Komplexität ihrer Erfahrungen vernachlässigt. Die Einheit verfolgt eine intersektionale Perspektive und betont die Notwendigkeit eines multidimensionalen Identitätsverständnisses, das neben der Kultur auch Faktoren wie Ethnie, Geschlecht, Alter und rechtlichen Status einbezieht. Zudem stellt sie Werkzeuge und Rahmenkonzepte bereit, um das Zusammenspiel dieser Faktoren besser zu erkennen und einen differenzierteren Ansatz zur Unterstützung der psychischen Gesundheit und des psychosozialen Wohlbefindens von Migrant:innen und Geflüchteten zu ermöglichen.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung: mehr als nur Kultur](#)
2. [Sozio-politische Dimensionen von Identität in der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten](#)
3. [Intersektionalität: Ein Rahmen zum Verständnis von Komplexität](#)

1. Einführung: mehr als nur Kultur

Wie in den vorherigen Einheiten bereits gesehen, ist Kultur ein zentrales Element, das die individuelle Identität und Erfahrung prägt, einschließlich der Wahrnehmung von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden. Dennoch **besteht die Gefahr des kulturellen Essentialismus („cultural essentialism“)** – eine einengende Sichtweise, die Kultur als den einzigen Faktor darstellt, der Handlungen und Ergebnisse bestimmt, insbesondere bei Migrant:innen und Geflüchteten. Diese Tendenz, gepaart mit der **Übervereinfachung („oversimplification“)** von Migrantidentitäten, reduziert die Komplexität des Lebens der Menschen auf einzelne Erzählungen, die nur durch Herkunft, Aussehen oder Sprache definiert sind.

Was sowohl der Essentialismus als auch die Vereinfachung gemeinsam haben, ist, dass **Individuen auf (und durch) nur ein einziges Merkmal** – in diesem Fall Kultur – **reduziert werden, während alle anderen Dimensionen ihrer Identität ausgeblendet oder, noch schlimmer, ausgelöscht werden.** Dies führt letztlich zur Verfestigung von Stereotypen und fördert die Trennung in ein „Wir“ und „Sie“.

Wenn wir uns selbst definieren, würden nur wenige von uns sich ausschließlich auf die Kategorien „Deutsch“, „Italienisch“, „Spanisch“ oder „Griechisch“ verlassen, ohne andere Aspekte der Identität einzubeziehen (z. B. unser Geschlecht, unseren Beruf, unser Alter). Kultur kann keinesfalls als einzige Erklärung für menschliches Verhalten dienen. Selbst innerhalb derselben Kulturgruppe können Verständnisse und Praktiken der Kultur stark variieren, beeinflusst von Faktoren wie Alter, sozialer Klasse, Bildung, Geschlecht, sexueller Orientierung oder geografischem Kontext.

Um über diese begrenzende Sichtweise hinauszugehen, müssen wir ein nuancierteres Verständnis von Kultur annehmen. Kultur sollte nicht als Monolith betrachtet werden, sondern als **eine dynamische Interaktion von Diskursen und Praktiken, die tief von breiteren Machtstrukturen beeinflusst wird.** Innerhalb dieses Rahmens wird Intersektionalität zu einem unverzichtbaren Werkzeug, das eine Möglichkeit bietet, vereinfachte Binärstrukturen zu entwirren und die strukturellen Kräfte zu beleuchten, die die gelebten Realitäten von Menschen auf der Flucht beeinflussen. Während Kultur zweifellos die psychische Gesundheit beeinflusst, kann **sie nicht isoliert von den Wegen betrachtet werden, wie Migration mit anderen Dimensionen der Identität, wie Rasse, Klasse und Geschlecht, interagiert.**

Das Verständnis der Erfahrungen derjenigen, denen wir Unterstützung bieten möchten, erfordert **eine multidimensionale Perspektive, die ihre komplexen Identitäten und Positionen respektiert.** Für Fachkräfte bedeutet dies, **die vielfältigen Elemente anzuerkennen, die das Leben von Migrant:innen und Geflüchteten prägen** – in ihren Herkunftsländern, während ihrer Reisen und in ihren neuen Umfeldern. Ein solches Bewusstsein ist entscheidend, um ihre einzigartigen Bedürfnisse, Anliegen und Ressourcen zu berücksichtigen, insbesondere wenn es darum geht, ihre psychische Gesundheit und ihr psychosoziales Wohlbefinden zu unterstützen. Diese Einheit wird die intersektionale Perspektive als leitendes

Rahmenwerk untersuchen, um über einseitige Erklärungen, die ausschließlich auf Kultur basieren, hinauszugehen und sich stattdessen auf **eine umfassendere Analyse von Macht zu konzentrieren – darauf, wie sie bestimmt, wer Migrant:innen und Geflüchtete sind und mit welchen Herausforderungen und Widersprüchen sie konfrontiert werden.**

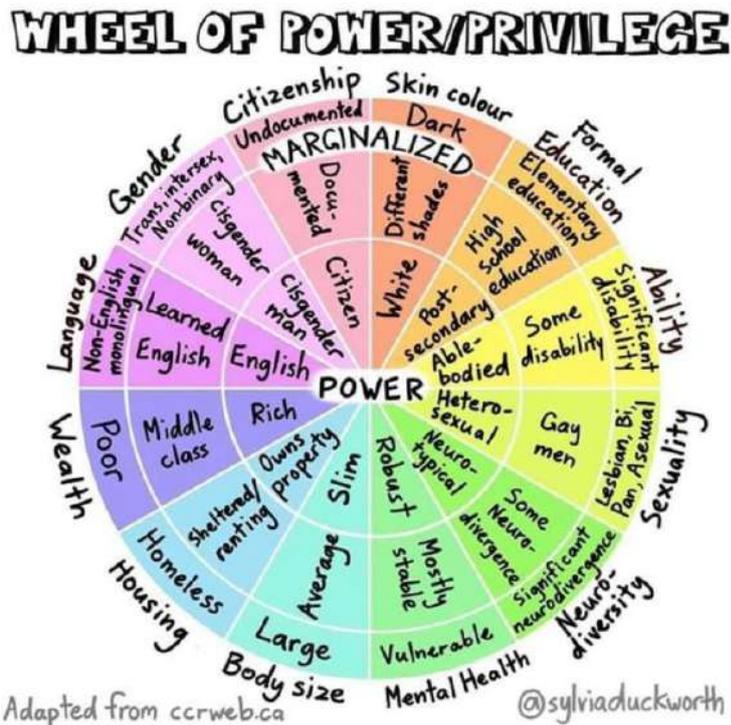
2. Sozio-politische Dimensionen von Identität in der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten

Es gibt keine endgültige Liste von bedeutenden Elementen (auch bekannt als Identitätsmerkmale, soziale Kategorien oder Dimensionen), ebenso wenig wie es eine feste Liste von Identitäten gibt. In der akademischen Literatur und Forschung werden am häufigsten Geschlecht, Rasse/Ethnizität¹ und Klasse diskutiert, wobei dies auch vom Kontext der Forschung abhängt. Für einige Individuen können jedoch auch andere Dimensionen wie Alter, Sexualität, Behinderung, Religion oder rechtlicher Status eine entscheidende Rolle spielen. Letztlich **ist es von Person zu Person unterschiedlich, welche Dimensionen ausschlaggebend sind, und hängt von ihrer Lebenssituation sowie dem Kontext ab.**

Abbildung 2.2.1 veranschaulicht die unterschiedlichen Grade, in denen Individuen, basierend auf spezifischen Merkmalen, Marginalisierung erfahren oder Macht innerhalb der Gesellschaft haben können. **Positionen näher am Zentrum repräsentieren Macht und deuten darauf hin, dass die Person in dieser Dimension größere Privilegien genießen kann** (z. B. Staatsbürgerschaft, weiß zu sein oder wohlhabend zu sein). Umgekehrt **signalisieren Positionen weiter vom Zentrum eine zunehmende Marginalisierung und potenzielle Diskriminierung** (z. B. eine erhebliche Behinderung oder fehlender Wohnraum).

¹ Im US-amerikanischen Kontext sind die Begriffe „Rasse“ und „Ethnizität“ gängige Kategorien, die in der Forschung, den Medien und bei Volkszählungen verwendet werden. Im europäischen Kontext wird der Begriff „Rasse“ aufgrund seiner historischen Konnotationen und der Möglichkeit, rassistische Stereotype zu verstärken, meist vermieden. Stattdessen werden alternative Konzepte wie „Ethnizität“, „ethnische Herkunft“ oder „Migrationshintergrund“ verwendet.

Abbildung 2.2.1. „Das Rad der Macht/Privilegien“



Hinweis: Grafik erstellt von @sylvia duckworth basierend auf dem Canadian Council of Refugees.

Wenn Sie sich selbst auf dem Rad entlang der verschiedenen Kategorien verorten, werden Sie wahrscheinlich feststellen, dass Ihre Position in manchen Bereichen näher am Zentrum liegt, während Sie sich in anderen eher am äußeren Rand wiederfinden. Ähnlich ergeht es auch Migrant:innen und Geflüchteten, denen Sie im beruflichen Kontext begegnen. Während diese Version des Rades viele wichtige Merkmale enthält, **sollte sie nicht als endgültig betrachtet werden**. Weitere Kategorien können hinzugefügt werden, oder einige der enthaltenen Merkmale spielen für bestimmte Individuen oder in spezifischen Kontexten² eine geringere Rolle. **Es gibt zahlreiche Dimensionen, die die Lebensrealitäten von Migrant:innen und Geflüchteten – sowohl positiv als auch negativ – beeinflussen.** Eine vorläufige,

² Die Kategorie „Sprache“ zeigt zum Beispiel, dass diese Version des Rades in einem englischsprachigen Kontext entwickelt wurde und in eine neutralere Kategorie wie „Landessprache“ überführt werden könnte.

nicht abschließende Liste finden Sie im  [Repository](#) (siehe 2.2 – Handout 1. “A Non-Exhaustive List of Characteristics”).

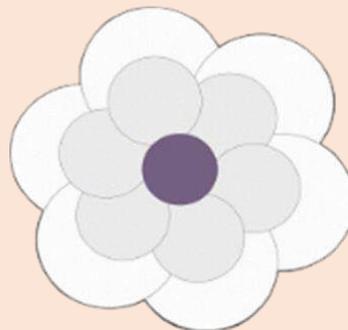
Psychische Gesundheit ist als Kategorie im Rad der Macht und Privilegien enthalten, was ihre doppelte Assoziation mit privilegierten und marginalisierten Positionen hervorhebt. Individuen mit stabiler psychischer Gesundheit besitzen oft eine größere Fähigkeit, sich in Machtstrukturen zurechtzufinden, im Vergleich zu denen mit psychischen Gesundheitsproblemen. Diese Dynamik ist jedoch tief mit anderen Identitätsdimensionen verflochten, die in Intensität und Einfluss variieren:

- **Staatsangehörigkeit / Aufenthaltsstatus:** ein anhaltender unsicherer Aufenthaltsstatus verschärft die psychischen Belastungen von Geflüchteten, Asylsuchenden und undokumentierten Migrant:innen erheblich. Wie bereits in Einheit 1.2 gezeigt wurde, tragen Faktoren wie Inhaftierung, eingeschränkte Bewegungsfreiheit und prekäre Wohnverhältnisse zu einer schlechten psychischen Gesundheit bei [1,2,3].
- **Aussehen/Hautfarbe:** sichtbare Unterschiede, wie Hautfarbe oder kulturelle Kleidung, erhöhen signifikant die Gefahr von Diskriminierung und rassistischer Gewalt, die beide stark mit psychischem Stress verbunden sind. Diese Erfahrungen werden **nicht gleichmäßig unter Migrant:innen und Geflüchteten geteilt, sondern variieren entlang von Rassen- und Ethnizitätslinien**. Personen, die aufgrund ihres Aussehens (z. B. dunklere Hauttöne oder kulturelle Kleidung wie Kopftücher) leicht als „Fremde“ oder „Andere“ identifiziert werden, sind einem höheren Risiko von Diskriminierung und Gewalt ausgesetzt. Personen, die sich in überwiegend weiße, europäische Gesellschaften integrieren können, sind weniger wahrscheinlich von einer solchen Behandlung betroffen [4,5,6]. Diese Ungleichheiten verdeutlichen die unverhältnismäßige psychische Belastung, die von sichtbar marginalisierten Gruppen getragen wird.
- **Geschlecht:** im Bereich der psychischen Gesundheit zeigen sich häufig Muster, die mit traditionellen Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit sowie geschlechtsspezifischen Erwartungen übereinstimmen. Frauen neigen eher zu internalisierenden Störungen wie Angstzuständen und Depressionen, die häufig mit Selbstvorwürfen und Selbstzweifeln einhergehen [7]. Männer hingegen sind häufiger von externalisierenden Störungen betroffen, etwa schädlichem Substanzkonsum oder Abhängigkeit, die sich oft in aggressivem oder konfrontativem Verhalten äußern [8,9]. Aktuelle

Entwicklungen in der psychischen Gesundheitsforschung unterstreichen jedoch **die Notwendigkeit, auch Situationen zu erfassen, die an der Schnittstelle von Geschlecht und anderen Faktoren wie ethnischer Zugehörigkeit und sozialem Status entstehen.**

 **Reflexionspause:** Nutzen Sie die „Power Flower“ als Instrument zur Selbstreflexion.

Zeichnen Sie eine große Blume auf ein Blatt Papier, entsprechend dem unten stehenden Beispiel. Beschriften Sie 6–7 Blütenblätter mit Identitätskategorien, die in Ihrem Kontext relevant sind, wie z. B. Geschlecht, „Rasse“/ethnische Zugehörigkeit, soziale Klasse, Religion, Familienstruktur, Bildungsstand, Fähigkeit/Behinderung oder geografische Herkunft. Das Zentrum der Blume stellt Ihre Nationalität dar (z. B. Spanisch). Die inneren Blütenblätter spiegeln Ihre spezifischen Identitätsmerkmale wider (z. B. Geschlecht: weiblich; Religion: Muslimin). Die äußeren Blütenblätter repräsentieren dominante Identitäten in der Gesellschaft, also Identitäten, die historisch und aktuell über mehr Ressourcen und Einfluss verfügen (z. B. Geschlecht: männlich; Religion: katholisch).



(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

Nachdem Sie Ihre eigenen Merkmale in die Blütenblätter eingetragen haben, reflektieren Sie über die folgenden Fragen:

- Wie viele Ihrer persönlichen Merkmale unterscheiden sich von der dominanten Identität?
- Welche Ihrer Merkmale sind festgelegt oder unveränderlich?
- Welche Erkenntnisse liefert dies über Ihre eigene Macht oder Ihr Potenzial, Macht auszuüben?
- Wie könnte dieses Verständnis Ihre Rolle als Fachkraft oder Ehrenamtlicher in der Arbeit mit Migrantinnen und Geflüchteten beeinflussen?

Quelle: [JASS \(Just Associates\): We Rise Toolkit](#)

und angepasst vom EU-MiCare-Team für die Zwecke dieses Kurses.

3. Intersektionalität: Ein Rahmen zum Verständnis von Komplexität

Wie bereits besprochen, **nehmen Individuen gleichzeitig mehrere Positionen entlang verschiedener Identitätsdimensionen ein**. Doch das Verständnis dieser Positionen erfordert mehr als nur eine einfache Auflistung oder Addition. Es ist entscheidend, diese Kategorien gemeinsam zu analysieren und zu untersuchen, wie sie sich gegenseitig beeinflussen. Dieser integrative Ansatz verdeutlicht die vernetzte Natur von Identitätsdimensionen und ihre kumulative Wirkung. Das Konzept der Intersektionalität liefert wertvolle Erkenntnisse über dieses Zusammenspiel.

Intersektionalität („Intersectionality“) hat ihren Ursprung in den sozialen Kämpfen und der Bürgerrechtsbewegung der 1970er Jahre in den Vereinigten Staaten, die sich gegen vielschichtige Formen der Diskriminierung richteten. Im Mittelpunkt stand damals die **spezifische Unterdrückung, die Schwarze Frauen erfuhren, da sie gleichzeitig von Sexismus und Rassismus betroffen waren**. Lange Zeit blieb das Konzept auf feministische Kreise und die Wissenschaft beschränkt. In den letzten Jahren wurde die

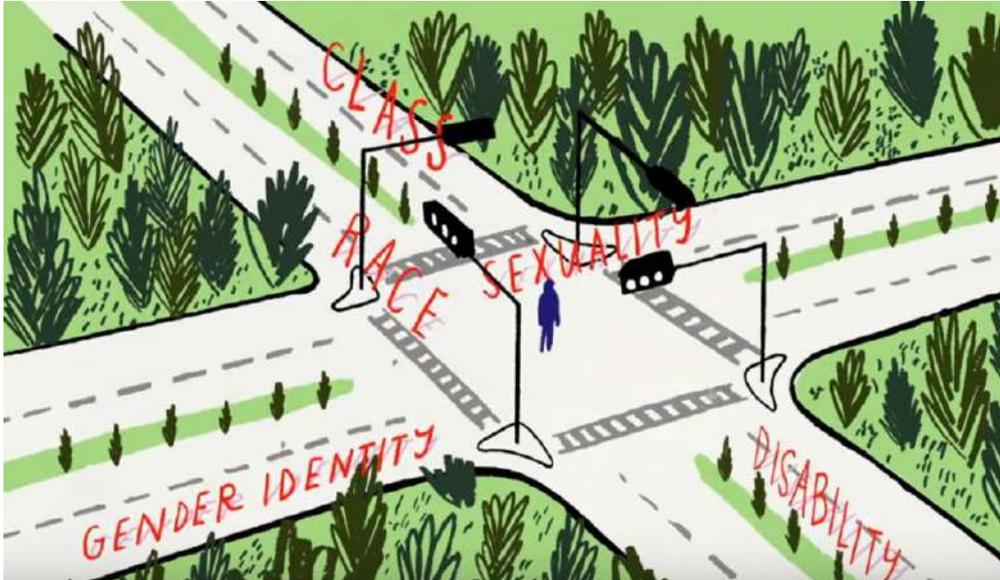
intersektionale Perspektive jedoch zunehmend in einem breiteren Kontext übernommen, beispielsweise in der Analyse von Gesundheitsungleichheiten.

→ **VIDEO:** [Was ist Intersektionalität? \(Video auf Englisch\)](#) 

Die Konzeptualisierung des Begriffs wurde in den späten 1980er-Jahren von der schwarzen Juristin und Soziologin Kimberlé Crenshaw eingeführt [10,11]. In ihrer rechtswissenschaftlichen Forschung verwendete sie die **Metapher einer Straßenkreuzung**, um die **komplexen Wechselwirkungen zwischen Identitätsmerkmalen/sozialen Kategorien und verschiedenen Formen von Diskriminierung und Unterdrückung** zu veranschaulichen, wie in Abbildung 2.2.2 auf der nächsten Seite dargestellt. Seitdem hat sich das Konzept zu einem grundlegenden Werkzeug in der Sozialtheorie entwickelt und bietet Einblicke, wie unterschiedliche soziale Kategorien miteinander interagieren und einzigartige Erfahrungen von Ungleichheit und Ungerechtigkeit hervorrufen.

Das Innovative am Ansatz der Intersektionalität ist **der Fokus auf die gleichzeitigen, sich überlagernden und gegenseitig beeinflussenden Effekte verschiedener sozial-politischer Kategorien**. In dieser Perspektive reicht es nicht aus, multiple Identitätsdimensionen lediglich zu erkennen und zusammenzuzählen; vielmehr ist es notwendig, ihre Wechselwirkungen zu verstehen. An den Schnittpunkten dieser Identitäten **können Menschen gleichzeitig sowohl Privilegierung als auch Diskriminierung erfahren – abhängig von ihrer Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Gruppen**.

Abbildung 2.2.2. „Intersektionalität y als Kreuzung“



Hinweis: Screenshot entnommen aus dem “National Museum of African American History and Culture (NMAAHC)” (2017): #APeoplesJourney: African American Women and the Struggle for Equality; YouTube [28.03.2024].

→ [VIDEO: Intersektionalität und Gesundheit \(Video auf Englisch\)](#) 

→ [VIDEO: : Intersektionalität und psychische Gesundheit \(Video auf Englisch\)](#) 

Im Fall von Migrant:innen und Geflüchteten kann eine intersektionale Perspektive Fachkräfte dabei unterstützen, zu erkennen, wie Diskriminierungs- und Ausgrenzungsprozesse entstehen und wie der Zugang zu Ressourcen sowie Hürden zur Teilhabe durch das Zusammenspiel verschiedener sozialer Differenzmerkmale bestimmt werden. Das folgende Fallbeispiel verdeutlicht, wie eine intersektionale Perspektive das Verständnis konkreter Lebensrealitäten vertiefen kann:

(...) eine junge Roma-Frau wird auf dem Arbeitsmarkt diskriminiert, weil (i) sie Roma ist und als „gefährlich“ wahrgenommen wird, (ii) sie eine Frau ist und daher „bald Kinder haben wird“, und (iii) sie jung ist und deshalb als „unerfahren“ gilt. Diese Umstände oder sich überschneidenden Faktoren schaffen eine zusammengesetzte Form der Diskriminierung, die nicht einfach durch das Hinzufügen der einzelnen Kriterien verstanden werden kann. Indem sie als unerfahren und inkompetent betrachtet wird, teilt die Frau bestimmte Diskriminierungserfahrungen mit jungen Menschen; indem sie in eine traditionelle Rolle gedrängt wird, teilt sie Erfahrungen mit anderen Frauen; und indem sie als

gefährlich wahrgenommen wird, teilt sie Erfahrungen mit allen Roma, einschließlich Männern. Es ist jedoch die Schnittstelle all dieser Elemente, die ihre Erfahrung einzigartig macht [12].

Obwohl die intersektionale Perspektive oft verwendet wurde, um spezifische Formen der Unterdrückung oder Diskriminierung zu analysieren – wie im obigen Beispiel – **kann sie auch dabei helfen, spezifische Ressourcen und Chancen zu identifizieren, die aus dem Zusammenspiel unterschiedlicher Dimensionen entstehen.** Fachkräfte und Ehrenamtliche, die mit Migrant:innen und Geflüchteten arbeiten, sind aufgefordert, die Komplexität der Lebenssituationen der Menschen, mit denen sie arbeiten, zu begreifen, die durch das gleichzeitige **Vorhandensein von Privilegien, Diskriminierungen und Ressourcen geprägt sind.** Die Intersektionalität kann ihnen nicht nur dabei helfen, sich auf die Faktoren zu konzentrieren, die ihr Leben erschweren (z. B. Härten und Widrigkeiten aufgrund ihres Geschlechts oder ihrer sexuellen Orientierung, Erfahrungen der Ausgrenzung und sozialen Abwärtsmobilität aufgrund ihrer ethnischen Herkunft usw.), sondern auch auf **jene Elemente, die, wenn sie richtig entwickelt werden, eine Ressource darstellen und Perspektiven für die Zukunft eröffnen können** (z. B. Erfahrungen der Zugehörigkeit zu einer sozialen oder religiösen Gemeinschaft, die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten und Kenntnisse, soziale und familiäre Bindungen).

© **Hauptpunkt: Die Ideen der Intersektionalität in die Praxis umsetzen**

Wie können die eher abstrakten Konzepte dieser Einheit von Fachkräften und Ehrenamtlichen, die vor Ort arbeiten, operationalisiert werden? Wie können wir einen Wandel der Einstellungen und Perspektiven in der täglichen Praxis anstoßen? Hier sind einige Vorschläge:

- Betrachten Sie Kultur nur als eine Dimension, die die persönlichen Identitäten und Positionen von Migrant:innen und Geflüchteten prägt. Denken Sie daran, dass wir viel mehr sind als nur die Kultur, in der wir aufgewachsen sind – genauso wie die Menschen, mit denen Sie arbeiten.
- Konzentrieren Sie sich auf die Einzigartigkeit jeder Person und vermeiden Sie es, Einzelpersonen als Vertreter:innen einer bestimmten Kultur zu stereotypisieren. Wenn Sie die Rolle der Kultur für eine bestimmte Person verstehen möchten, fragen Sie sie einfach danach.

- Erkennen Sie an, dass jede:r, einschließlich Ihnen selbst, von kulturellen Aspekten beeinflusst wird, die unsere Denkweise, unser Verhalten und unsere Wahrnehmung der Welt prägen. Reflektieren Sie darüber, wie Ihr eigener kultureller Hintergrund (zusammen mit anderen Faktoren) Ihre Wahrnehmungen und Bewertungen von Situationen oder Verhaltensweisen beeinflussen kann.
- Gehen Sie über kulturelle Kompetenz als das alleinige Konzept der Unterstützung hinaus. Während Wissen über eine Kultur hilfreich ist, wird der Fokus auf gemeinsame Erfahrungen und gemeinsame Elemente stärkere Bindungen zu den Menschen fördern, denen Sie dienen.
- Verwenden Sie eine intersektionale Perspektive, um die komplexen Lebensumstände der Menschen, die Sie unterstützen, zu verstehen. Berücksichtigen Sie das Zusammenspiel verschiedener sozialer Dimensionen (wie Geschlecht, Alter, rechtlicher Status) und erforschen Sie, wie diese Faktoren Ressourcen schaffen können, um Individuen bei der Bewältigung von Herausforderungen zu unterstützen.
- Seien Sie reflektierend! Ihre soziale Positionierung und Ihre Erfahrungen beeinflussen Ihre Begegnungen mit Ihren Gegenübern. Werkzeuge wie das „Wheel of Power/Privilege“ (Rad der Macht/Privilegien) und die „Power Flower“ (Blume der Macht) können Ihr Bewusstsein dafür schärfen, wie diese Faktoren Ihre Arbeit beeinflussen.

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Hajak, V. L., Sardana, S., Verdeli, H., & Grimm, S. (2021). A systematic review of factors affecting mental health and well-being of asylum seekers and refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 643704. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.643704>
- [2] Boettcher, V. S., & Neuner, F. (2022). The impact of an insecure asylum status on mental health of adult refugees in Germany. *Clinical Psychology in Europe*, 4(1), e6587. <https://doi.org/10.32872/cpe.6587>
- [3] PICUM (2022). *Insecure residence status, mental health and resilience* (Briefing Paper). Retrieved July 16, 2024, from the PICUM website. https://picum.org/our-publications/?_languages=english
- [4] Williams, D. R., Lawrence, J. A., Davis, B. A., & Vu, C. (2019). Understanding how discrimination can affect health. *Health Services Research*, 54(Suppl 2), 1374–1388. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13222>
- [5] Antidiskriminierungsstelle des Bundes. (2016). *Diskriminierungsrisiken für Geflüchtete in Deutschland*. Eine Bestandsaufnahme der Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
- [6] Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). The effects of perceived discrimination on immigrant and refugee physical and mental health. *Advances in Medical Sociology*, 19, 173–204. <https://doi.org/10.1108/S1057-629020190000019009>
- [7] Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L., & Glaesmer, H. (2020). Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany. *Conflict and Health*, 14, 44. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00291-z>
- [8] Barbieri, D., García Cazorla, A., & Thil, L. (2021). *Gender Equality Index 2021: Health*. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2839/834132>
- [9] World Health Organization (2002). *Gender and mental health*. Geneva: WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/68884>
- [10] Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139–167.
- [11] Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43, 1241–1299.
- [12] Fredman, S. (2016). *Intersectional discrimination in EU gender equality and non-discrimination law*. Publications Office. European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/241520>

Einheit 2.3: Ansätze zur Erfassung psychischer Gesundheit bei Migrant:innen und Geflüchteten

Einheitsübersicht

Diese Einheit bietet Einblicke für Fachkräfte im Bereich der psychischen Gesundheit zur Einschätzung der psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Migrant:innen und Geflüchteten. Sie beleuchtet die Grenzen aktueller Diagnoseinstrumente und stellt Strategien zur mentalen Gesundheitsbewertung aus einer transkulturellen Perspektive vor, mit einem Fokus auf effektives Screening und Überweisungsnetzwerke. Eine Kurzversion des Cultural Formulation Interview (CFI) aus dem DSM-5 wird bereitgestellt, um ein gemeinsames Verständnis zwischen hilfesuchenden Personen und Fachkräften zu fördern. Zudem bietet die Einheit eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Einschätzung des Suizidrisikos im Kontext der Betreuung von Migrantinnen und Geflüchteten.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung](#)
2. [Ein grundlegendes Rahmenwerk zur Beurteilung der psychischen Gesundheit in vielfältigen Kontexten](#)
3. [Auswirkungen auf Diagnose und Bewertung](#)
4. [Einschätzung der psychischen Gesundheit: Das Cultural Formulation Interview \(CFI\)](#)
5. [Einschätzung des Suizidrisikos: Zentrale Aspekte](#)

1. Einführung

Wie in den vorherigen Einheiten gesehen, stellt die Beurteilung der psychischen Gesundheit in von Vielfalt geprägten Kontexten eine große Herausforderung dar. Traditionelle Bewertungsinstrumente – die hauptsächlich in westlichen Kontexten entwickelt wurden – haben oft Schwierigkeiten, psychische Gesundheitsprobleme bei Menschen mit unterschiedlichen kulturellen und sprachlichen Hintergründen präzise zu erfassen und zu verstehen. Diese Lücke verdeutlicht die dringende Notwendigkeit kulturell

sensibler und anpassungsfähiger Instrumente, die die vielfältigen Erfahrungen von Migrant:innen und Geflüchteten berücksichtigen.

Diese Einheit gibt einen Überblick über Empfehlungen, die Fachkräfte dabei unterstützen, die psychische Gesundheitsbewertung von Migrant:innen und Geflüchteten mit kultureller Sensibilität und Demut anzugehen.

2. Ein grundlegendes Rahmenwerk zur Beurteilung der psychischen Gesundheit in vielfältigen Kontexten

Psychosoziale Interventionen mit Migrant:innen und Geflüchteten umfassen oft mehrere Phasen, die jeweils maßgeschneiderte Ansätze und spezialisierte Instrumente erfordern, um den vielfältigen Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe gerecht zu werden. In diesen Kontexten ist interdisziplinäre Zusammenarbeit entscheidend, insbesondere wenn die Herausforderungen komplex sind und Ressourcen begrenzt zur Verfügung stehen. In der Praxis bedeutet dies, Fachwissen aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Recht, Schutz und psychosoziale Unterstützung zu integrieren, um ein koordiniertes, mehrstufiges Versorgungssystem zu etablieren. Eine klare Rollenverteilung und die durchdachte Einbindung verschiedener Fachrichtungen fördern einen kohärenten Ansatz, der sicherstellt, dass in jeder Phase der Intervention angemessene Maßnahmen ergriffen werden. In diesem Sinne hebt das folgende Rahmenkonzept drei grundlegende und miteinander verknüpfte Schritte der psychischen Gesundheitsbewertung hervor [1]:

1) **Screening & Bewertung**, für die es notwendig ist, über **geeignete Instrumente und Rahmenkonzepte** zu verfügen, um die folgenden zwei Schritte zu evaluieren. → *Bewertungsinstrumente und Rahmenkonzepte*

Diese Phase erfordert **kulturell sensible und angemessene Bewertungsinstrumente und Rahmenkonzepte, um die spezifischen Bedürfnisse und Anliegen der betroffenen Person zu erfassen**. Erste Screenings und Bewertungen sind entscheidend, um festzustellen, ob die Expertise der Fachkraft oder die Fähigkeiten eines Ehrenamtlichen ausreichen, um diese Bedürfnisse angemessen zu erfüllen.

Bewertungsinstrumente sollten umfassend Bereiche wie körperliche und psychische Gesundheit, sozioökonomische Stabilität sowie den Zugang zu rechtlichen und Bildungsressourcen abdecken [2].

2) **Intervention**, die im Rahmen der eigenen **Fachkompetenz erfolgt und auf sicheren Interventionsstrategien basiert.** → *Kompetente fachliche Interventionsstrategien*

Die **Anpassung von Interventionen, um die spezifischen Bedürfnisse und Anliegen des Einzelnen zu adressieren**, ist entscheidend, um die Anpassung an den neuen Kontext zu erleichtern und den Migrationsstress zu verringern. Dies erfordert multidisziplinäre Ansätze, die psychosoziale Beratung, Programme zur Beschäftigung und Integration, sowie rechtliche Unterstützung umfassen. **Interventionsstrategien sollten auf die aktuellen Herausforderungen ausgerichtet sein, mit denen die betroffene Person konfrontiert ist.** Es ist ebenso wichtig, sowohl unsere beruflichen als auch unsere persönlichen Grenzen zu erkennen.

3) **Weitervermittlung**, wenn **unterstützende Ressourcen mobilisiert werden müssen und die Intervention anderer Fachkräfte erforderlich ist.** → *Mobilisierung von Ressourcen und Nutzung von Weitervermittlungsstrukturen*

Eine **gut informierte Fachkraft oder engagierte ehrenamtliche Person, die in ein breit gefächertes Netzwerk von Ressourcen eingebunden ist**, kann **Interventionen mit größerem Selbstvertrauen** angehen und so der Isolation entgegenwirken, die in komplexen Alltagssituationen häufig auftritt. Eine **Dienstleistungslandkarte sollte vor dem Screening und der Einschätzung erstellt werden, um sicherzustellen, dass effektive Weitervermittlungswege verfügbar sind** [3]. Die Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Organisationen, Kommunen und lokalen Behörden ist entscheidend, um Unterstützungsmaßnahmen zu optimieren. Der Aufbau langfristiger Beziehungen zu Ansprechpersonen in verschiedenen Einrichtungen erleichtert reibungslose Überleitungen. Weitervermittlungsnetzwerke sollten zentrale Dienste wie **medizinische Versorgung, psychosoziale Unterstützung, Rechtsberatung, soziale Beratung, kulturelle Mediation und Hilfe bei der Arbeitsmarktintegration** umfassen – allesamt entscheidend für das psychosoziale Wohlbefinden von Migrant:innen und Geflüchteten.

3. Auswirkungen auf Diagnose und Bewertung

Wie bereits in Modul 1 besprochen, sind Migrant:innen und Geflüchtete aufgrund von Faktoren wie Akkulturationsstress, Sprachbarrieren, sozioökonomischen Schwierigkeiten sowie Erfahrungen von Widrigkeiten oder Diskriminierung besonders anfällig für psychische Gesundheitsprobleme. Psychisches Leid kann sich kulturübergreifend unterschiedlich äußern, weshalb es für Fachkräfte im Bereich psychische Gesundheit entscheidend ist, **diagnostische Instrumente zu verwenden, die sowohl kulturell relevant als auch empirisch validiert sind**. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, ist die Integration von kultureller Demut in den Diagnoseprozess unerlässlich. Dazu gehört das **Verständnis kultureller Konzepte von Leidensdruck, die Sicherstellung sprachlicher Genauigkeit sowie die Berücksichtigung kultureller Vorstellungen über psychische Gesundheit**. Darüber hinaus ist eine **kontinuierliche Fortbildung von Fachkräften** notwendig, um Vorurteile zu erkennen und abzubauen und eine wirksame Kommunikation mit Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zu ermöglichen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über empfohlene Kriterien zur Auswahl von Screening-Instrumenten für die psychische Gesundheit in interkulturellen Kontexten [1,4].

Auswahl von Screening-Instrumenten für die psychische Gesundheit in interkulturellen Kontexten	
Validität	Sicherstellen, dass das Instrument das misst, was es im spezifischen kulturellen Kontext messen soll.
Reliabilität	Sicherstellen, dass konsistente und stabile Ergebnisse bei unterschiedlichen Anwendungen und kulturellen Gruppen erzielt werden.
Sprachliche Relevanz	Sicherstellen, dass die Sprache, die im Instrument verwendet wird, für die Zielgruppe geeignet und verständlich ist.
Kulturelle Sensibilität	Sicherstellen, dass das Instrument kulturelle Unterschiede berücksichtigt und kulturelle Normen und Werte respektiert.
Interkulturelle Äquivalenz	Äquivalenz (d. h. inwieweit das Instrument denselben Konstrukt über verschiedene kulturelle Gruppen hinweg genau misst) ist ein zentrales Kriterium, um Testergebnisse zwischen verschiedenen kulturellen Gruppen zu vergleichen und steht im Einklang mit der Zuverlässigkeit der Tests. Um diese Zuverlässigkeit bei der Übersetzung von Evaluierungstests zu gewährleisten, ist vollständige Äquivalenz erforderlich. Nur so kann man feststellen, dass Unterschiede zwischen Populationen grundlegende Unterschiede widerspiegeln.

- **Sprachliche Äquivalenz** (d. h. durch präzise Übersetzung)
- **Kulturelle Äquivalenz** (d. h. gleiche Interpretation der Bedeutung von Items in einem Fragebogen oder Test, trotz kultureller und sprachlicher Unterschiede)

Hinweis: Adaptiert nach Galesmer, Brähler & von Lersner, 2012, zitiert in von Lersner & Kizilhan, 2017

Angesichts der anhaltenden Einschränkungen bei der Entwicklung validierter, zuverlässiger, mehrsprachiger und kultursensibler Instrumente wird eine Liste empfohlener Tests im  **Repository** (siehe 2.3 – Handout 1. “List of Recommended Tests”). Diese Tests wurden aufgenommen, weil sie zentrale Kriterien erfüllen: Sie haben sich als relevant für die Konstrukte, die sie messen, erwiesen und/oder sind in mehreren Sprachen verfügbar. Dies ist jedoch keine vollständige oder endgültige Liste, da die Forschung und die Entwicklung effektiver Instrumente ein fortlaufender Prozess bleiben.

© **Hauptpunkt: Hinweis zur Diagnose und klinischen Beurteilung**

Die klinische Beurteilung psychischer Gesundheitszustände bei Migrant:innen und Geflüchteten ist mit **erheblichen Hürden verbunden, die eine genaue Diagnose und wirksame Behandlung erschweren**. Diese Herausforderungen ergeben sich aus einer Vielzahl von Faktoren. Die folgenden Punkte geben einen Überblick über zentrale Schwierigkeiten bei der effektiven Einschätzung und Behandlung psychischer Belastungen in diesen Bevölkerungsgruppen [4]:

- **Das Fehlen von kulturell angemessenen, zuverlässigen Instrumenten** zur Identifizierung häufiger Störungen in verschiedenen Migrant:innen- und Flüchtlingspopulationen.
- **Unzureichendes Verständnis der Häufigkeit, Persistenz und Kosten psychischer Störungen bei Migrant:innen und neu angekommenen Geflüchteten** sowie der **Kosteneffizienz von Screening und Behandlung**.
- Das Hilfe-Suchverhalten von Menschen kann **durch kulturelle oder konzeptionelle Unterschiede in der Gesundheitswahrnehmung** beeinflusst werden.
- Bestehende Ungleichheiten in der psychischen Gesundheitsversorgung in Aufnahmeländern werden für Migrant:innen und Geflüchtete aufgrund von **Sprachbarrieren, Stigmatisierung, einem Mangel an**

kulturell kompetenten Anbietern und Herausforderungen in der Dienstleistungsbereitstellung verschärft.

- **Schwierigkeiten bei der Unterscheidung zwischen bereits bestehenden psychiatrischen Erkrankungen und psychischen Problemen**, die aus widrigen Umständen resultieren, was zu einer möglichen **Fehldiagnose** führen kann.
- **Überdiagnosen, die durch kulturelle Irrelevanz entstehen**; bestimmte Verhaltensweisen, die von westlichen Praktiker:innen als schwere Psychopathologie (z. B. Psychose) wahrgenommen werden, können besser im Kontext kultureller, religiöser oder spiritueller Überzeugungen verstanden werden.

Migrant:innen und Geflüchtete stellen heterogene Gruppen dar, die **kollektiv viele belastende psychische und somatische Symptome erleben**. Theoretisch sollte ein Screening-Instrument Symptome enthalten, die gängige Störungen in mehreren Flüchtlingsgruppen mit hoher Effizienz vorhersagen. In der Praxis ist dies jedoch aufgrund der Komplexität dieser Gruppen und der vielen Einflussfaktoren, die ihre Erfahrungen betreffen, nicht möglich.

4. Einschätzung der psychischen Gesundheit: Das Cultural Formulation Interview (CFI)

Wie in Einheit 2.1 erläutert, kann es je nach Erklärungsmodell, das eine Person in Bezug auf bestimmte Herausforderungen hat, zusammen mit dem möglichen Stigma, das mit der Äußerung von psychischen Gesundheitsproblemen verbunden ist, dazu führen, dass sie mehr oder weniger bereit ist, intime Themen mit Gesundheitsfachkräften zu besprechen.

Das Cultural Formulation Interview (CFI) wurde von der American Psychiatric Association im Rahmen der fünften Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) entwickelt, um **Kommunikationsbrücken zwischen dem Fachkräfte und der hilfesuchenden Person zu schaffen** [5]. Das CFI basiert auf der Arbeit von Arthur Kleinman, einem prominenten Psychiater und Anthropologen. Das kulturelle Formulationsmodell von Kleinman **betont die Bedeutung, den kulturellen Kontext zu verstehen, in dem psychische Gesundheitssymptome auftreten**. Es berücksichtigt Faktoren wie kulturelle Identität, sozialen Kontext und die Bedeutung von Krankheit innerhalb verschiedener kultureller Rahmenbedingungen.

Das CFI adressiert die Einschränkungen traditioneller, ethnocentrischer Diagnosetools, die oft die kulturellen Unterschiede in der Ausdrucksweise und dem Verständnis von psychischen Gesundheitsproblemen nicht berücksichtigen. Als Reaktion auf die in Einheit 2.1 und früher in dieser Einheit erwähnten Barrieren, die Fachkräfte im Bereich der psychischen Gesundheit in interkulturellen und transkulturellen Kontexten behindern können, bietet das CFI mehrere Vorteile:

- **Verbesserte interkulturelle Kompetenz:** es stattet Fachkräfte mit einem Instrument aus, um kulturelle Unterschiede zu verstehen und zu respektieren, was zu genaueren und einfühlsameren Bewertungen führen kann.
- **Verbesserte Beziehung zwischen Patient und Fachkraft:** es fördert Vertrauen und eine gute Beziehung, indem es kulturelle Faktoren anerkennt und integriert.
- **Umfassende Bewertungen:** Es stellt sicher, dass kulturelle Einflüsse auf die psychische Gesundheit systematisch untersucht werden, wodurch ein ganzheitlicheres und nuancierteres Verständnis der Risiken, Schutzfaktoren und Resilienz des Individuums ermöglicht wird.
- **Leitfaden für maßgeschneiderte Interventionen:** Erkenntnisse aus dem CFI können kulturell angemessene Interventionspläne unterstützen und die Wahrscheinlichkeit erfolgreicher Ergebnisse erhöhen.

Im Folgenden finden Sie eine kurze Übersicht, angepasst aus dem Cultural Formulation Interview (CFI) des DSM-5. Die vollständige Version ist im  [Repository](#) zu finden (siehe 2.3– Handout 2. “Complete CFI in English”).

Kurzexplorations in Anlehnung an das Cultural Formulation Interview (CFI) des DSM-5

Erläuterung	Vorgeschlagene Formulierung
Kulturspezifische Definition des Problems <i>(Kulturellen Definitionen des Problems verstehen)</i>	
Erfragen Sie die individuelle Sicht der Hauptprobleme und -anliegen. Legen Sie den Fokus auf das individuelle Verständnis des Problems. Nutzen Sie die Begriffe, Ausdrücke oder kurzen Beschreibungen, die als Antwort auf die Frage genannt wurden, um das Problem anhand der folgenden Fragen zu identifizieren.	<i>Was führt Sie heute hierher? Menschen verstehen ihre Probleme oft auf ihre eigene Weise, die sich möglicherweise von der Beschreibung des Arztes unterscheidet. Wie würden Sie Ihr Problem beschreiben?</i>
Kulturspezifische Wahrnehmung über mögliche Gründe, den Kontext und mögliche Unterstützung, die dem Patienten zur Verfügung steht <i>(Kulturelle Wahrnehmungen der Ursache, des Kontextes und der Unterstützungssysteme identifizieren)</i>	
Diese Frage zeigt die Bedeutung des Problems für die betroffene Person auf, die für eine klinische Behandlung relevant sein könnte. Es ist zu beachten, dass Individuen je nach Aspekt des Problems mehrere Ursachen identifizieren können, in Abhängigkeit vom Aspekt des Problems, den die Person betrachtet.	<i>Warum denken Sie, dass dies Ihnen passiert ist? Was sind Ihrer Meinung nach die Ursachen für das Problem?</i>
Legen Sie den Fokus auf die Ansichten der Mitglieder des sozialen Netzwerkes der Person. Diese können verschieden sein und sich von denen der Person unterscheiden.	<i>Was denken andere in Ihrer Familie, Ihre Freunde oder andere Personen in Ihrem Umfeld über die Ursachen für Ihr Problem?</i>
Kulturspezifische Faktoren, die Copingstrategien und bisherige Hilfesuchen betreffen <i>(Faktoren, die das Selbstbewältigen und vergangene Hilfesuchen beeinflussen erforschen)</i>	
Erfragen Sie unterschiedliche Hilfemöglichkeiten (z.B. medizinische Behandlung, psychiatrische Behandlung, Unterstützungsgruppen, arbeitsbasierte Beratung, volksmedizinische Behandlung, religiöse oder spirituelle Beratung, andere Formen von traditioneller oder alternativer Behandlung).	<i>Menschen suchen häufig unterschiedliche Hilfsangebote auf, einschließlich verschiedener Ärzte, Helfer oder Heiler. Welche Arten von Behandlung, Hilfe, Beratung oder Heilung haben Sie in der Vergangenheit für Ihr Problem aufgesucht?</i>
Klären Sie die Erfahrung und Bewertung der Person in Bezug auf die in Anspruch genommenen Hilfen ab.	<i>Welche Arten von Hilfe oder Behandlungen waren am hilfreichsten? Welche nicht?</i>

Kulturspezifische Faktoren, die das aktuelle Hilfesuchverhalten beeinflussen

(Einfluss kultureller Faktoren auf die Beziehung zwischen der Person und der Fachkraft anerkennen)

<p>Klären Sie die aktuell wahrgenommenen Bedürfnisse und Hilfeerwartungen der Person ohne Einschränkung ab. Legen Sie den Fokus auf die Ansichten des sozialen Netzwerkes bezüglich des Hilfesuchverhaltens.</p>	<p><i>Welche Arten von Hilfe wären Ihrer Meinung nach zurzeit am hilfreichsten für Ihr Problem?</i></p>
<p>Erfragen Sie mögliche Sorgen in Bezug auf die Behandlungseinrichtung oder die Arzt-Patient-Beziehung, einschließlich wahrgenommenen Rassismus, Sprachbarrieren oder kulturelle Differenzen, die die Bereitschaft zu helfen, die Kommunikation oder das Behandlungsangebot beeinträchtigen.</p>	<p><i>Sind Sie darüber jemals besorgt gewesen, und gibt es irgendetwas, das wir tun können damit Sie die Behandlung erhalten, die Sie benötigen?</i></p>

Hinweis: Adaptiert nach von Lersner & Kizilhan (2017), basierend auf APA (2013) und Falkai et al. (2015).“

5. Einschätzung des Suizidsrisikos: Zentrale Aspekte

Als Gesundheitsfachkräfte ist es entscheidend, das Suizidrisiko bei Personen zu bewerten, die aus ihrer Heimat vertrieben wurden. Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen zeigen, dass diese Bevölkerungsgruppen signifikant höhere Suizid- und Suizidversuchs- sowie Suizidgedankenraten aufweisen als die allgemeine Bevölkerung. **Erfahrungen von Widrigkeiten und sozialer Isolation tragen maßgeblich zu diesem erhöhten Risiko bei.** Wie bereits in Modul 1 dargestellt, wird **die Verwundbarkeit dieser Personen durch das komplexe Zusammenspiel aus sozioökonomischen, kulturellen und psychologischen Herausforderungen verstärkt** [6,7,8]. Eine Liste spezifischer Risikofaktoren für Suizid ist im  **Repository** enthalten (siehe 2.3 – Handout 3. “Risk Factors Associated with Suicide”).

Es ist jedoch wichtig zu verstehen, dass, jenseits einer krisengetriebenen Perspektive, die **emotionale Belastung von Individuen, die sich in ihrer Situation gefangen fühlen, häufig in emotional aufgeladenen Aussagen**, einschließlich Äußerungen von Suizidabsichten, zum Ausdruck kommt. **Diese Aussagen sind weniger Ausdruck von Endgültigkeit und vielmehr ein Versuch, die Tiefe ihres Schmerzes zu kommunizieren und ein verzweifelt Bitten um Anerkennung.** Für Fachkräfte und Ehrenamtliche ist es

entscheidend, solche Momente mit Empathie anzugehen und die Schwere der Gefühle der betroffenen Person zu erkennen [9,10].

Die Rolle der kollektiven Verantwortung in der Suizidprävention

Bei der Bekämpfung des Suizidrisikos von Migrant:innen und Geflüchteten ist es wichtig, zu erkennen, dass **obwohl Gesundheitsfachkräfte eine entscheidende Rolle spielen, sie nicht alleine für die Bewältigung dieser komplexen Situationen verantwortlich sind.** Suizidprävention sollte nicht ausschließlich auf den Schultern einzelner Fachkräfte lasten; **es ist eine kollektive Verantwortung, die von Organisationen, Gemeinschaften und Unterstützungsnetzwerken geteilt wird.** Die Verantwortung, gefährdete Individuen zu schützen, ist in strukturellen Rahmenbedingungen verankert, die sicherstellen, dass Ressourcen und Verantwortlichkeit vorhanden sind. Forschung betont, dass Gesundheitssysteme proaktive Schritte unternehmen müssen, um das Suizidrisiko in verschiedenen Versorgungseinrichtungen zu erkennen und anzugehen. Leider versäumen es viele Organisationen, ausreichende Unterstützung bereitzustellen, sodass Fachkräfte gezwungen sind, mit diesen Risiken isoliert umzugehen.

Suizidprävention sollte als Teil einer **umfassenderen, koordinierten Strategie betrachtet werden, die eine klare organisatorische Verantwortung, regelmäßige Risikobewertungen, umfassende Pflege- und Nachsorgeprotokolle sowie gründliche Nachverfolgung umfasst.** Letzteres sollte auch geeignete Überweisungen und Rehabilitationsdienste für gefährdete Personen sowie Unterstützung für die pflegenden Fachkräfte beinhalten. Fachkräfte sollten nicht nur mit den notwendigen Fähigkeiten, sondern auch mit der **institutionellen Unterstützung** ausgestattet sein, **um effektiv eingreifen zu können.** Die Integration dieser Elemente stellt sicher, dass kein einzelner Fachkraft die emotionale und logistische Last trägt, diese Szenarien allein zu bewältigen.

Kernprinzipien im Umgang mit Äußerungen suizidalen Verhaltens

Das **Validieren dieses Schmerzes** (das Anerkennen des Gefühls der Gefangenheit) **kann der Person das Gefühl vermitteln, gesehen und gehört zu werden.** Aussagen wie: „*Es klingt so, als ob die Situation so überwältigend ist, dass es gerade schwer fällt, Alternativen zu sehen*“ spiegeln sowohl Empathie als auch

Akzeptanz der Erfahrung der Person wider. Weitere Empfehlungen für den Umgang mit Äußerungen suizidaler Absichten sind unten aufgeführt [9].

Beim Umgang mit Personen, die suizidale Gedanken äußern, ist es wichtig, schädliche Missverständnisse zu hinterfragen. Suizidale Äußerungen sollten niemals als manipulativ oder theatralisch abgetan werden. Das Framing solcher Äußerungen als “Aufmerksamkeit suchen” läuft Gefahr, den Schmerz der Person zu entwerten und ihre Isolation zu vertiefen. Ein weiteres häufiges Missverständnis ist die Annahme, dass das Sprechen über Suizid die Wahrscheinlichkeit einer Handlung erhöht. Im Gegenteil, die Forschung zeigt konsequent, dass **offene Gespräche über Suizid das Stigma verringern, Angst lindern und Menschen dazu ermutigen, Hilfe zu suchen** [9-12].

- ◆ **Offene Haltung bewahren.** Zeigen Sie eine offene und kultursensible Haltung, um das aktuelle Risiko der betroffenen Person einschätzen zu können – unter Berücksichtigung sowohl möglicher Tabus als auch schützender Faktoren wie kultureller oder religiöser Überzeugungen und Einstellungen gegenüber Suizid. Fragen Sie die Person, ob sie allgemein Gedanken an den Tod hat. Wenn Suizid aufgrund religiöser oder kultureller Gründe ein Tabuthema darstellt, wird es der betroffenen Person sehr schwerfallen, diese Gedanken zu äußern, da sie oft mit Schuldgefühlen einhergehen. Führen Sie ein offenes, empathisches und wertschätzendes Gespräch ohne Wertung, und zeigen Sie Verständnis für die innere Zerrissenheit der Person [10].
- ◆ **Emotionen validieren.** Zeigen Sie Verständnis für die Gedanken der Person im Kontext ihrer aktuellen Lebenssituation. Respekt und Empathie für diese Gedanken können die therapeutische Beziehung stärken und Vertrauen fördern.
- ◆ **Die Person ernst nehmen.** Es kann vorkommen, dass im Kontext einer drohenden Abschiebung der Wunsch geäußert wird, lieber zu sterben als in das Herkunftsland zurückzukehren. Auch wenn solche Aussagen möglicherweise als „instrumentalisiert“ wahrgenommen werden, um eine Abschiebung zu verhindern, gilt es, in Ihrer professionellen Rolle diese Äußerungen ernst zu nehmen und im Rahmen Ihrer Möglichkeiten zu handeln: einschätzen, intervenieren, weitervermitteln.

- ◆ **Normalisieren.** Denken Sie daran, dass Gedanken über den Tod Teil der Symptomatik einiger klinischer Erkrankungen sind, wie beispielsweise Depressionen oder PTBS. Es ist jedoch nicht notwendig, eine klinische Diagnose zu haben, um suizidale Gedanken zu erleben. Vermitteln Sie der Person, dass sie mit diesen Gedanken nicht allein ist. Andere in ähnlichen Situationen erleben sie ebenfalls. Es ist kein Symptom von „Wahnsinn“, sondern ein Ausdruck von Verzweiflung in einer schwierigen Situation.
- ◆ **Bestärken und lindern.** Bestärken Sie Ihre Klientin oder Ihren Klienten darin, Hilfe gesucht und den Mut gefunden zu haben, über diese Gedanken zu sprechen. Dies ist ein erster Schritt, um Alternativen zum Suizid zu finden. Machen Sie deutlich, dass es richtig war, sich zu öffnen.
- ◆ **Kultursensible Diagnostikinstrumente verwenden.** Prüfen Sie mögliche zugrunde liegende psychische Belastungen, um eine angemessene Behandlung einzuleiten bzw. eine entsprechende Weitervermittlung zu ermöglichen.
- ◆ **Sie sind nicht allein – nutzen Sie Möglichkeiten zur Vernetzung und Weitervermittlung.** Aktivieren Sie bei Bedarf weitere Ressourcen, indem Sie die betroffene Person an eine schützende Umgebung überweisen, wenn das Suizidrisiko hoch ist und Ihre Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Dies kann von der Weiterleitung an eine erfahrene Fachkraft bis hin zur Überweisung an eine Klinik oder den Notdienst reichen – je nach Risikoeinschätzung und Dringlichkeit.
- ◆ **Mittel- bis langfristige Ressourcen aktivieren.** Nach der Risikoeinschätzung sollten formelle, informelle oder institutionelle Unterstützungsangebote aktiviert werden. Verweisen Sie die Person ggf. an Fachkräfte, die andere relevante Aspekte betreuen können – wie z. B. rechtliche (z. B. Aufenthaltsstatus), soziale (z. B. Selbsthilfegruppen), sozioökonomische (z. B. Arbeit oder Wohnung) oder familiäre Themen (z. B. familiäre Konflikte).

Überlegungen bei der Einschätzung eines akuten Suizidrisikos

Nachfolgend sind drei grundlegende Fragen aufgeführt, die Ihre Beurteilung im Falle eines akuten Suizidrisikos leiten sollen. Diese Fragen sind nicht als starre Checkliste oder Interview-Skript gedacht, sondern als ein **Rahmen, um Ihre Herangehensweise mit Sensibilität und Einsicht zu verankern**. Wenn möglich, integrieren Sie Erkenntnisse aus der medizinischen Geschichte der Person oder von deren

Betreuern und passen Sie Ihr Gespräch an die einzigartigen Gegebenheiten ihrer Erfahrung an. Vertrauen und Unterstützung werden durch sorgfältige Beachtung der oben genannten Empfehlungen aufgebaut, die Empathie und Verständnis priorisieren [10].

Drei Fragen, die Sie sich bei der Einschätzung eines akuten Suizidrisikos stellen sollten

Frage #1: **Hat die Person kürzlich einen Suizidversuch unternommen oder sich selbst verletzt?**

- Vergiftung oder Intoxikation durch Alkohol, Drogen, Medikamente oder andere Substanzen
- Anzeichen, die eine dringende medizinische Behandlung erfordern (Blutungen durch selbst zugefügte Wunden, Bewusstseinsverlust, extreme Lethargie usw.)

Frage #2: **Besteht ein akutes Risiko für Selbstmord oder Selbstverletzung?**

Fragen Sie die Person und/oder betreuende Personen nach:

- Suizidgedanken oder -plänen (aktuell oder im vergangenen Monat)
- Vergangenen Selbstverletzungen
- Zugang zu möglichen Suizidmitteln (z. B. Pestizide, Seile, Waffen, Messer, verschreibungspflichtige Medikamente und Drogen)

Achten Sie auf Warnzeichen für akutes Suizidrisiko:

- Schwerer emotionaler Stress oder Hoffnungslosigkeit
- Gewalttätiges Verhalten oder extreme Unruhe
- Rückzug oder Unwilligkeit zur Kommunikation

Wenden Sie das 4-P-Modell (P-Modell auf Englisch) an [12]:

- Frühere **Suizidversuche** („Past suicide attempts“)
- **Suizidplan** („Suicide plan“)
- **Wahrscheinlichkeit** einer Durchführung des **Suizids** (**Probability of completing suicide**)
- **Schützende Faktoren** (**Protective factors**)

Apply the 4-P's Modell [12]:

- **Past** suicide attempts
- Suicide **plan**
- **Probability** of completing suicide
- **Protective factors**

Frage #3: **Liegen komorbide psychische Störungen vor, die mit Suizid oder Selbstverletzung assoziiert sind?**

Beurteilen und behandeln Sie möglicherweise komorbide Erkrankungen:

- **Chronische Schmerzen oder Beeinträchtigungen** (z. B. aufgrund kürzlich erlittener Verletzungen während der humanitären Notlage)
- **Vorliegen zentraler Symptome oder diagnostizierter schwerer psychischer Erkrankungen** (z. B. mittelgradige bis schwere depressive Störung, Psychose, schädlicher Alkohol- oder Drogenkonsum, posttraumatische Belastungsstörung oder akute emotionale Belastungen wie Trauer, akuter Stress oder andere schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen)

Hinweis: Angepasst vom dem WHO mhGAP-HIG (2015)

Erkennen der Dringlichkeit einer Intervention

Abbildung 2.3.1 auf der folgenden Seite verwendet ein Ampelsystem, um die Suizidrisikostufen darzustellen. Jede Farbe entspricht den Faktoren, die das Risiko beeinflussen: Je mehr Risikofaktoren sich anhäufen, desto höher wird das Besorgnisniveau und desto dringlicher wird die Intervention. Es ist wichtig zu beachten, dass Risiko- und Schutzfaktoren miteinander korrelieren und kumulativ sind. Das bedeutet, dass Personen mit einigen Risikofaktoren wahrscheinlicher zusätzliche Risiken erfahren und weniger Schutzfaktoren haben. Dieses Framework dient nur zu Referenzzwecken, um den Prozess der Suizidrisikobewertung zu vereinfachen. Es ist jedoch immer entscheidend, keine Entscheidungen isoliert zu treffen und spezifische Fälle im Kontext Ihres Teams zu besprechen, wenn Unsicherheiten bestehen.

Abbildung 2.3.1. „Schutz- und Risikofaktoren für Suizidverhalten“



Hinweis. Erstellt vom EU-MiCare-Team auf Grundlage allgemeiner Prinzipien der Suizidrisikoeinschätzung.

Grün: steht für Schutzfaktoren, die ein geringes Risiko anzeigen.

Gelb: weist auf ein moderates Risiko hin, das durch psychische Gesundheitsprobleme oder Lebenskrisen entsteht.

Orange: hebt Hochrisikoindikatoren wie suizidale Gedanken oder Verhaltensweisen hervor.

Rot: enzeichnet schwerwiegendes Risiko im Zusammenhang mit psychischen und sozialen Faktoren.

Das Gespräch über Suizid beginnen

Über Suizid und Selbstverletzung zu sprechen, ist nie einfach. Unten finden Sie einige empfohlene Fragen, die helfen können, das Eis zu brechen und dieses empfindliche Thema anzusprechen [12]. Nochmals, das Ziel dieser Fragen ist nicht, sie auf eine wörtliche oder interviewartige Weise zu stellen. Stattdessen wird empfohlen, **eine einfühlsame und respektvolle Umgebung zu schaffen, in der sich die Person sicher fühlt, ihre Schwierigkeiten zu offenbaren.**

How to Talk About Suicide or Self-Harm

1. **Schaffen Sie eine sichere und private Atmosphäre, damit die Person ihre Gedanken teilen kann. Verurteile die Person nicht dafür, suizidal zu sein. Biete an, mit der Person alleine oder mit anderen Personen ihrer Wahl zu sprechen**
2. **Verwende eine Reihe von Fragen, bei denen jede Antwort natürlich zu einer weiteren Frage führt. Zum Beispiel:**
 - Beginnen Sie mit der Gegenwart: *Wie fühlen Sie sich?*
 - Erkennen Sie die Gefühle der Person an: *Sie wirken traurig / aufgewühlt. Ich möchte Ihnen dazu ein paar Fragen stellen.*
 - *Wie sehen Sie Ihre Zukunft? Was sind Ihre Hoffnungen für die Zukunft?*
 - *Manchmal haben Menschen das Gefühl, dass das Leben nicht lebenswert ist. Können Sie mir sagen, wie Sie Ihr eigenes Leben empfinden?*
 - *Welche Aspekte Ihres Lebens machen es für Sie lebenswert?*
 - *Welche Aspekte Ihres Lebens könnten dazu führen, dass Sie denken oder fühlen, dass Ihr Leben nicht lebenswert ist?*
 - *Wünschen Sie sich manchmal eine dauerhafte Flucht aus dem Leben?*
 - *Wie könnte das für Sie passieren? Was könnten Sie tun, um das zu erreichen?*
 - *Denken Sie über den eigenen Tod oder das Sterben nach?*
 - *Haben Sie jemals daran gedacht, sich selbst zu verletzen oder sich das Leben zu nehmen?*
3. **Wenn die Person suizidale Gedanken geäußert hat, könnten Sie folgende Fragen stellen:**
 - *Denken Sie daran, sich selbst zu verletzen?*
 - *Wann haben diese Gedanken und Gefühle begonnen?*
 - *Was ist passiert, bevor Sie diese Gedanken hatten?*
 - *Haben Sie einen Plan, Ihr Leben zu beenden?*
 - *Haben Sie sich schon überlegt, wann Sie es tun würden? Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?*
 - *Können Sie sich von diesen Gedanken ablenken – z. B. durch eine Aktivität oder positive Gedanken?*

- Haben Sie jemals auf diese Gedanken hin gehandelt?
- Falls nicht: Wie nah fühlen Sie sich daran, es getan zu haben?
- Was hat Sie davon abgehalten, zu handeln?
- Glauben Sie, dass Sie in Zukunft auf diese Gedanken von Selbstverletzung oder Suizid reagieren könnten?
- Haben Sie einen Plan, sich selbst zu verletzen oder sich das Leben zu nehmen? Können Sie mir mehr darüber erzählen?
- Haben Sie Mittel zur Verfügung, um sich das Leben zu nehmen – z. B. rezeptfreie oder verschriebene Medikamente, Messer oder Zugang zu einem Balkon, einer Brücke oder U-Bahn?
- Wenn Sie sich das Leben nehmen würden – was glauben Sie, würde danach mit den Menschen geschehen, die Ihnen wichtig sind?

4. Erheben Sie Schutzfaktoren, indem Sie folgende Fragen stellen:

- Wie sehen Sie Ihre eigene Zukunft?
- Was würde Ihnen helfen, positiver, optimistischer oder hoffnungsvoller in Bezug auf Ihre Zukunft zu denken oder zu fühlen?
- Was würde es wahrscheinlicher (oder unwahrscheinlicher) machen, dass Sie versuchen, sich das Leben zu nehmen?
- Was passiert in Ihrem Leben, das in Ihnen den Wunsch weckt zu sterben oder dem Leben zu entkommen?
- Was passiert in Ihrem Leben, das Ihnen hilft, am Leben bleiben zu wollen?
- Wenn Sie wieder Gedanken hätten, sich selbst zu verletzen oder sich das Leben zu nehmen, was würden Sie tun, um das zu verhindern?

Hinweis: Angepasst aus dem mhGAP-HIG der WHO (2015) [10] und der Registered Nurses' Association of Ontario (o.J.).

Für eine umfassendere Bewertung bietet die Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), die in der Tabelle der empfohlenen Bewertungsinstrumente im  [Repository](#) (siehe 2.3 – Handout 1. “List of Recommended Tests”), einen strukturierten Ansatz zur Beurteilung dieser vier Aspekte des Suizidrisikos. Dieses Instrument ist in mehreren Sprachen verfügbar, was es für den Einsatz bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen zugänglich macht. Die C-SSRS wird weithin anerkannt für ihre Klarheit und Wirksamkeit bei der Erfassung suizidaler Gedanken und Verhaltensweisen und bietet einen zuverlässigen Rahmen zur Bestimmung von Risikoniveaus und zur Steuerung von Interventionen.

Erstellung einer mündlichen Vereinbarung und Entwicklung eines kooperativen Sicherheitsplans bzw. Notfallplans

Wenn das Suizidrisiko als moderat bis hoch eingeschätzt wird, kann das Aufstellen einer mündlichen Vereinbarung und die gemeinsame Entwicklung eines Sicherheitsplans eine effektive Methode sein, um die Sicherheit einer Person mit suizidalen Gedanken oder Verhaltensweisen zu fördern. **Ziel dieses Plans ist es, Sicherheit zu gewährleisten und einen proaktiven Leitfaden für Krisensituationen bereitzustellen – insbesondere für jene Momente, in denen emotionale oder psychische Belastungen klares Denken erschweren können.** In der Regel umfasst der Plan Bewältigungsstrategien sowie konkrete Schritte, um Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn suizidale Gedanken intensiver werden. Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung wird dieser Plan stets gemeinsam mit der betroffenen Person erarbeitet – mit einem besonderen Fokus auf ihre Autonomie und ihre Perspektive, um herauszufinden, welche Strategien ihnen am besten helfen, mit belastenden Emotionen umzugehen [10].

Im Kern dieses Prozesses steht die Möglichkeit, eine **mündliche Vereinbarung** zu treffen. Die Vereinbarung bedeutet das Engagement **der betroffenen Person, bis zum nächsten Treffen sicher zu bleiben, wobei das Verständnis für die Rolle der verfügbaren Ressourcen zur Unterstützung ihrer Sicherheit im Vordergrund steht.** Wie oben beschrieben, liegt die Verantwortung jedoch nicht allein bei der betroffenen Person. Vielmehr erkennt die Vereinbarung an, dass **Sicherheit auch die Verantwortung eines größeren Netzwerks ist – das Gesundheitssystem, die psychischen Gesundheitsdienste und die Unterstützungsstrukturen der Person spielen alle ihre Rolle.** Dieses Engagement, sicher zu bleiben, sollte in der kollektiven Verantwortung dieser Systeme verankert sein.

Wenn eine mündliche Vereinbarung getroffen wird, sollte sie als ein gegenseitiges, strukturelles Commitment zwischen der betroffenen Person, ihrem sozialen Umfeld und den beteiligten Fachkräften verstanden werden – und nicht als isoliertes Versprechen einer einzelnen Person. Im Rahmen dieses Prozesses bieten die folgenden Schritte Struktur und Klarheit [9]:

1) Einführung einer mündlichen Vereinbarung

Die Möglichkeit, eine mündliche Vereinbarung sowie einen Sicherheitsplan zu treffen, wird angesprochen, wobei sichergestellt wird, dass die betroffene Person in einem Zustand ist, in dem sie sich verbindlich dazu äußern kann (z. B. nicht unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Substanzen steht, die ihr Urteilsvermögen beeinträchtigen könnten).

Vorgeschlagene Formulierung: „Einige Menschen in ähnlichen Situationen empfinden es als hilfreich, eine mündliche Vereinbarung zu treffen. Möchten Sie, dass wir uns jetzt darauf verständigen, damit Sie bis zu unserem nächsten Treffen sicher bleiben können?“

2) Mündliche Absprache zur Sicherheit

Die Person erklärt sich bereit, bis zum nächsten vereinbarten Termin am Leben zu bleiben, sich selbst nicht zu verletzen und sich nicht in Gefahr zu bringen. Datum und Uhrzeit des Termins werden konkret genannt. Die Vereinbarung beinhaltet das verbale Bekenntnis, das eigene Leben weder vorsätzlich noch fahrlässig zu gefährden, und das Versprechen, alle verfügbaren Ressourcen zu nutzen, um sich selbst zu schützen.

→ Dieses mündliche Commitment seitens der betroffenen Person sollte durch die Entwicklung eines umfassenden Sicherheitsplans ergänzt werden, der von den Fachkräften mitgetragen wird. Auch sie verpflichten sich, Maßnahmen zur Sicherheit und kontinuierlichen Unterstützung zu gewährleisten. Dazu gehören u. a.: das Erfassen verfügbarer Dienste (mit konkreten Angaben wie Öffnungszeiten von Notfallambulanzen oder Ausgabestellen für Lebensmittel, insbesondere für Menschen in prekären Lebenslagen), die Unterstützung eines gesicherten Informationsaustauschs innerhalb der Organisation unter Wahrung der Vertraulichkeit, das Mobilisieren von Ressourcen sowie die aktive Einbindung von Angehörigen oder dem weiteren Unterstützungsnetzwerk [10].

3) Notfallplan

Ein Notfallplan wird gemeinsam erstellt, der festlegt, wen die Person kontaktiert, falls sich ihr Zustand verschlechtert. Die Liste kann bis zu drei Vertrauenspersonen (Familienangehörige, Freund:innen oder unterstützende Personen) und/oder Fachkräfte bzw. Einrichtungen der psychischen Gesundheitsversorgung

enthalten. Die betroffene Person sollte leicht auf diese Kontakte zugreifen können – z. B. durch eine schriftliche Notiz mit Namen und Telefonnummern im Geldbeutel oder im Mobiltelefon.

4) Bestätigung der Vereinbarung

Sowohl die betreuende Fachkraft bzw. ehrenamtliche Persona als auch die betroffene Person bestätigen mündlich ihr gegenseitiges Verständnis und die Annahme der Vereinbarung. Es wird sichergestellt, dass beide Seiten Klarheit über ihre jeweilige Rolle im Rahmen des Krisenplans haben.

5) Follow-Up

Die Person wird über Zeit und Ort des nächsten Treffens informiert und dazu ermutigt, bei Bedarf vor dem Termin die vereinbarten Notfallkontakte oder Krisenressourcen in Anspruch zu nehmen.

Das verbale Vereinbarung ist nur ein Element im umfassenderen Prozess der gemeinsamen Sicherheitsplanung, stellt jedoch ein entscheidendes dar, um ein Gefühl der Sicherheit und geteilten Verantwortung zu schaffen. Es kann besonders effektiv sein, wenn Sprachbarrieren oder unterschiedliche Bildungshintergründe das Verständnis schriftlicher Dokumente erschweren. Die Sicherheitsplanung kann auch die Identifizierung einer Reihe von Strategien umfassen, die auf die einzigartigen Bedürfnisse und Sorgen der Person zugeschnitten sind, wie zum Beispiel beruhigende Techniken für belastende Emotionen, Selbstpflegepraktiken, die Aufrechterhaltung einer ausgewogenen Ernährung, das Setzen gesunder Grenzen und das Schaffen regelmäßiger Schlafgewohnheiten. Diese Elemente bilden zusammen eine „Werkzeugkiste“, auf die die Person zugreifen kann, wenn sie mit intensiven und schwierigen Emotionen konfrontiert ist.

Keine zwei Sicherheitspläne sind gleich; sie müssen flexibel und anpassungsfähig bleiben und sich mit den sich verändernden Umständen der Person weiterentwickeln. In dieser Sichtweise sind **Sicherheitspläne nicht an starre oder vorgegebene Vorlagen gebunden, sondern vielmehr dynamische, lebendige Dokumente, die sich an die Komplexität und die sich entwickelnden Umstände der Reise jeder Person anpassen.**

Regelmäßige Check-ins sind wichtig, um das Vertrauen zu stärken und den Plan bei Bedarf anzupassen.

Dienstleister sollten dazu anregen, den Sicherheitsplan während Nachfolgesitzungen erneut zu überprüfen, um sicherzustellen, dass er relevant und effektiv bleibt. Ebenso wichtig ist es, diesen Prozess mit kultureller Sensibilität anzugehen. Wenn die Einzelperson mit dem Begriff „Selbstmord“ aufgrund kultureller Tabus oder persönlicher Unbehagen Schwierigkeiten hat, kann es hilfreich sein, den Plan als Ressource „um sie sicher zu halten“ oder „um mit Krisenmomenten umzugehen“ neu zu formulieren, um ihn zugänglicher und unterstützender zu gestalten [12].

Um die Nützlichkeit eines Sicherheitsplans zu erhöhen, ist es wichtig, Formate anzubieten, die den Vorlieben und Zugangsbedürfnissen der Person entsprechen. Für manche kann eine greifbare Papierkopie eine zuverlässige Ressource darstellen, während andere möglicherweise mehr von elektronischen oder app-basierten Tools oder einfach einem Foto profitieren, das auf ihrem Telefon zur einfachen Referenz gespeichert ist. Unabhängig vom Format sollte der Dienstleister eine dokumentierte Kopie aufbewahren, um einen reibungslosen Übergang der Betreuung sicherzustellen. Standardisierte Protokolle für das Speichern, Überprüfen und Aktualisieren von Sicherheitsplänen sollten innerhalb organisatorischer Strukturen etabliert werden, **um Redundanzen zu vermeiden und die emotionale Belastung zu verringern, die mit der wiederholten Erzählung belastender Erfahrungen verbunden ist – etwas, mit dem viele Menschen oft konfrontiert sind**[10].

Wenn eine Person suizidale Gedanken hat, aber nicht in unmittelbarer Gefahr ist und über ausreichende Bewältigungsressourcen verfügt, sind Notfallinterventionen oder eine Krankenhausaufnahme möglicherweise nicht notwendig. In solchen Fällen kann die gemeinsame Entwicklung eines Sicherheitsplans von unschätzbarem Wert sein. Solche Pläne helfen sowohl dem Fachmann als auch der betroffenen Person, mit Momenten akuten Stresses umzugehen. **Es ist jedoch entscheidend sicherzustellen, dass ein Sicherheits- oder „Krisen“-Plan nur für Personen implementiert wird, die keinen konkreten Suizidplan, keine feste Absicht oder impulsive Verhaltensweisen haben.** Wenn die Person nicht garantieren kann, dass sie den Plan einhält, muss die Situation zusätzliche Unterstützungssysteme aktivieren, wie zum Beispiel Notfalldienste oder eine Krankenhausaufnahme, je nach den verfügbaren Ressourcen in Ihrem Land.

Die folgende Tabelle bietet eine Struktur, die den Personen hilft, ihre Bewältigungsstrategien zu identifizieren und klare Schritte zu entwickeln, um Unterstützung zu suchen, basierend auf ihrer Fähigkeit, belastende Gedanken zu bewältigen.

Schritte für einen Krisenplan zur Bewältigung akuter suizidaler Gedanken	
1. Erkennung der Warnsignale einer suizidalen Krise	<i>Wie werden Sie merken, dass es Zeit ist, den Notfallplan zu aktivieren?</i>
2. Bewältigungsstrategien, die eigenständig angewendet werden können	<i>Welche Maßnahmen können Sie eigenständig ergreifen, um mit diesen Gedanken umzugehen und nicht danach zu handeln?</i>
3. Personen und soziale Situationen, die dich von diesen Gedanken ablenken	<i>Gibt es Personen oder soziale Umgebungen, die Ihnen helfen können, Ihre Gedanken umzulenken? Gibt es Orte, an denen Sie sich sicher und geborgen fühlen?</i>
4. Unterstützende Personen, an die du dich wenden kannst	<i>An wen können Sie sich wenden, um emotionale Unterstützung zu erhalten oder über Ihre Schwierigkeiten zu sprechen?</i>
5. Kontakte zu professionellen Hilfsangeboten	<i>Welche professionellen Anlaufstellen können Sie im Notfall kontaktieren? (z. B. Telefonseelsorge, Psychotherapeut:innen, Kliniken)</i>

Hinweis: Angepasst aus dem Stanley, B., & Brown, G. K. (2012)

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe Verlag.
- [2] International Organization for Migration (2020). Individual Factors Assessment Toolkit. In *Protection and Assistance for Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation, and Abuse: Individual Case Management*. Retrieved October 12, 2024, from <https://www.iom.int>
- [3] Ager, A., & Strang, A. (2008). Understanding integration: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 21(2), 166–191. <https://doi.org/10.1093/jrs/fen016>
- [4] Dagalidi, E. (2024). Mental health in legal contexts. Presentation as part of the ‘Therapeutic Legal Assistance’ professional development course for legal practitioners. Athens, Greece: SolidarITEE.
- [5] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [6] Amiri, S. (2022). Prevalence of Suicide in Immigrants/Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 26(2), 370–405. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1802379>
- [7] Cogo, E., Murray, M., Villanueva, G., Hamel, C., Garner, P., Senior, S. L., & Henschke, N. (2022). Suicide rates and suicidal behaviour in displaced people: A systematic review. *PLoS one*, 17(3), e0263797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263797>
- [8] Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2018). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>
- [9] Gräßler, M., Iskenius, E. L., Hovermann jun., E. (2017). *Tehrapie-Tools. Psychotherapie für Menschen mit Migratons- und Fluchterfahrung*. (1st ed.). Beltz.
- [10] World Health Organization (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies*. Geneva: WHO.
- [11] Dube, P., Kurt, K., Bair, M. J., Theobald, D., & Williams, L. S. (2010). The p4 screener: Evaluation of a brief measure for assessing potential suicide risk in 2 randomized effectiveness trials of primary care and oncology patients. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 12(6), PCC.10m00978. <https://doi.org/10.4088/PCC.10m00978blu>
- [12] Registered Nurses' Association of Ontario (n.d.). Interview questions for assessment of suicidal ideation and plan. *Nursing Best Practice Guidelines*. Retrieved September 18, 2024, from <https://bpgmobile.rnao.ca/content/interview-questions-assessment-suicidal-ideation-and-plan>
- [13] Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Einheit 2.4: Psychologische Erste Hilfe - PEH („Psychological First Aid” – PFA)

Einheitsübersicht

Diese Einheit ist darauf ausgerichtet, die Fähigkeit der Teilnehmenden zu verbessern, Krisen zu erkennen und zu bewerten sowie psychologische Erste Hilfe (PEH) effektiv im Kontext von Migration anzuwenden. Das Hauptziel ist es, die mentale Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden von Migrant:innen und Geflüchteten zu fördern und zu schützen. Durch die Diskussion der Grundprinzipien, der wesentlichen Praktiken und der verschiedenen Anwendungsweisen von PEH werden die Teilnehmenden besser in der Lage sein, ein inklusives und unterstützendes Umfeld für die Menschen zu schaffen, mit denen sie arbeiten. Dies wird es ihnen ermöglichen, effektiv und einfühlsam auf die vielfältigen psychischen Gesundheitsbedürfnisse zu reagieren, die in dieser Bevölkerungsgruppe auftreten können.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung](#)
2. [Definition der Psychologischen Ersten Hilfe: Zweck und Komponenten](#)
3. [Leitlinien der psychologischen Ersten Hilfe in unterschiedlichen Krisen: „Beobachten, Zuhören, Verbinden“](#)
4. [Ein Fallbeispiel zur psychologischen Ersten Hilfe als Grundlage für die Praxisreflexion](#)

1. Einführung

Wenn belastende Ereignisse eintreten – wie Naturkatastrophen, Unfälle, Brände oder Zwischenfälle zwischenmenschlicher Gewalt (z. B. sexuelle Gewalt) – können Einzelpersonen, Familien und ganze Gemeinschaften tief betroffen sein [1,2]. Die Reaktionen auf diese Ereignisse variieren erheblich, da jeder Mensch diese Ereignisse anders verarbeitet. Während einige sich überwältigt, verwirrt oder unsicher über das, was geschieht, fühlen können, erleben andere Angst, Furcht, Taubheit oder emotionale Abgrenztheit. Die Reaktionen können je nach Individuum und den Umständen von mild bis

schwerwiegend reichen. Und obwohl Menschen von Natur aus einfallsreich sind und in der Lage sind, mit den Herausforderungen des Lebens umzugehen, können einige Personen während einer Krise besonders verletzlich sein und benötigen zusätzliche Unterstützung [1]. Der Hauptzweck der Psychologischen Ersten Hilfe (PEH), die in dieser Einheit näher behandelt wird, besteht darin, Betroffene unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis durch emotionale und praktische Unterstützung zu stabilisieren [2]. In solchen Situationen kann sich jeder in der Lage finden, diese wichtige Hilfe anzubieten.

PEH ist darauf ausgelegt, Menschen zu helfen, sich ruhiger, sicherer und geborgener zu fühlen. Es handelt sich um einen mitfühlenden und unterstützenden Ansatz, der sowohl auf emotionale als auch auf praktische Bedürfnisse eingeht. PEH basiert auf dem Verständnis, dass Menschen in Krisenzeiten überwältigende Emotionen erleben können, die ihre Fähigkeit zur Bewältigung beeinträchtigen [1,2]. Durch aktives Zuhören und stetige Kommunikation mit der betroffenen Person arbeitet die helfende Person daran, deren unmittelbare Bedürfnisse zu erkennen und sie dabei zu unterstützen, ein Gefühl der Kontrolle zurückzugewinnen [2].

2. Definition der Psychologischen Ersten Hilfe: Zweck und Komponenten

Definition of PEH

PEH **umfasst eine menschliche, unterstützende Reaktion auf Personen, die leiden und Hilfe benötigen.** Sie beinhaltet die folgenden Praktiken und Prinzipien [1,2]:

- Praktische Hilfe und Unterstützung leisten, ohne aufdringlich zu sein
- Bedürfnisse und Sorgen erfassen, um angemessene Hilfe leisten zu können
- Grundbedürfnisse ansprechen, z. B. Zugang zu Nahrung und Wasser
- Den Menschen zuhören, ohne sie zum Reden zu drängen
- Menschen trösten und ihnen helfen, sich zu beruhigen
- Menschen mit Informationen, Diensten und sozialen Unterstützungsnetzwerken verbinden
- Personen vor weiterem Schaden und zusätzlicher Belastung schützen

Es ist ebenso wichtig klarzustellen, was PEH NICHT ist:

- Sie ist kein Ansatz, der ausschließlich Fachkräften vorbehalten ist
- Sie ist keine professionelle Beratung oder Psychotherapie
- Sie beinhaltet nicht, jemanden dazu aufzufordern, das belastende Ereignis zu besprechen oder zu analysieren
- Sie bedeutet nicht, Menschen zu drängen, Einzelheiten über das Geschehene preiszugeben
- Sie umfasst keine ausführliche Auseinandersetzung mit dem belastenden Ereignis
- Sie bedeutet nicht, Menschen unter Druck zu setzen, ihre Gefühle und Reaktionen auf das Ereignis mitzuteilen

PEH: Wer, Wann und Wo?

<u>WER</u> kann PEH leisten?	<i>Jede Person im Einsatzfeld kann PEH leisten</i> – Ehrenamtliche, Ersthelfende... Es ist nicht auf Fachkräfte aus dem Bereich der psychischen Gesundheit oder Personen mit besonderer Expertise beschränkt.
Für <u>WEN</u> ist PEH gedacht?	<i>PEH ist für Menschen gedacht, die nach der Konfrontation mit einer Krise distress erleben.</i> Sie kann sowohl Kindern als auch Erwachsenen angeboten werden. Allerdings benötigen oder möchten nicht alle Menschen PEH. Es ist wichtig, niemanden zu zwingen , Hilfe anzunehmen, wenn diese nicht gewünscht wird, aber sicherzustellen, dass du für diejenigen, die Unterstützung suchen, leicht erreichbar bist.
<u>WANN</u> wird PEH geleistet?	PEH richtet sich an Menschen, die <i>sehr kürzlich von einem belastenden Ereignis betroffen wurden</i> , und wird in der Regel <i>während oder unmittelbar nach dem Ereignis bereitgestellt</i> . In manchen Fällen kann PEH jedoch auch Tage oder sogar Wochen später erforderlich sein, je nach Dauer des Ereignisses, seiner Schwere und der individuellen Reaktion darauf.
<u>WO</u> wird PEH geleistet?	PEH wird in <i>Umgebungen geleistet, die sowohl für Sie als auch für die betroffenen Personen ausreichend sicher sind</i> . Dazu können Gemeinschaftsorte wie der Ort eines Unfalls, Gesundheitszentren, Notunterkünfte, Flüchtlingsunterkünfte, Schulen oder Ausgabestellen für Lebensmittel und andere Hilfsgüter gehören. PEH sollte außerdem in einem Umfeld angeboten werden, <i>das ausreichend Privatsphäre bietet, um mit der betroffenen Person sprechen zu können</i> . Für Menschen, die bestimmten Arten von Krisenereignissen – wie sexueller Gewalt – ausgesetzt waren, ist Privatsphäre unerlässlich, um Vertraulichkeit zu wahren und die Würde der Person zu schützen.

Hinweis: Wiedergabe EU-MiCare-Team auf Grundlage von Informationen der Weltgesundheitsorganisation (2011, 2013) und des Referenzzentrums für psychosoziale Unterstützung des IFRC (2018).

3. Leitlinien der psychologischen Ersten Hilfe in unterschiedlichen Krisen: „Beobachten, Zuhören, Verbinden“

Definition von Krisen und Krisenereignissen

Krise („Crisis“) wird definiert als: „Ein instabiler Zustand, der eine bevorstehende abrupte oder bedeutende Veränderung beinhaltet und dringende Aufmerksamkeit sowie Maßnahmen erfordert, um Leben, Vermögen, Eigentum oder die Umwelt zu schützen“ [4]. PEH kann in einer Vielzahl von Situationen hilfreich sein, in denen Menschen Leid oder Belastung erfahren. In jedem dieser Kontexte kann PEH mit einem angepassten Ansatz angewendet werden, wobei spezifische Leitlinien genutzt werden, um die einzigartigen Bedürfnisse der Betroffenen zu berücksichtigen. Krisen werden in folgende Typen kategorisiert [2]:

Persönliche Krisen	Die meisten Menschen werden irgendwann in ihrem Leben eine Krise erleben, sei es durch einen Autounfall, den Verlust des Arbeitsplatzes oder den Tod eines geliebten Menschen. Persönliche Krisen können ganz unterschiedliche Reaktionen hervorrufen, abhängig von den Umständen und der individuellen Betroffenheit.
Soziale Herausforderungen	Mitarbeitende und Ehrenamtliche unterstützen Einzelpersonen und Gruppen, die marginalisiert sind und soziale Isolation erfahren.
Gesundheitliche Herausforderungen	Die Nationalen Gesellschaften sind in den meisten Ländern weltweit in gesundheitsbezogene Aktivitäten eingebunden, einschließlich der Durchführung von Schulungen, der Bereitstellung von PEH und der Unterstützung von Menschen mit körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen.
Naturkatastrophen	Katastrophen wie Erdbeben, Überschwemmungen und Brände betreffen oft gleichzeitig eine große Anzahl von Menschen. Diese Ereignisse können weitreichende Umweltschäden verursachen und zu erheblichen Verlusten von Menschenleben und Wohnraum führen.
Vom Menschen verursachte Katastrophen	Viele Katastrophen sind das Ergebnis menschlichen Handelns, darunter Brände, Explosionen in Fabriken oder Bergwerken, schwere Unfälle mit Transportfahrzeugen oder Paniksituationen bei Festivals, wenn Bühnen einstürzen.
Gewalt	Viele Menschen sind Zeugen oder Opfer von Gewalt, sei es in häuslichen Konflikten, sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt, krimineller Gewalt, gewaltbedingten Auseinandersetzungen zwischen Banden, Hassverbrechen oder gewaltbedingter Stigmatisierung..
Vertreibung	Mehr Menschen migrieren weltweit denn je, und die Gründe für globale Migration sind sehr vielfältig.

Note: Wiedergabe durch das EU-MiCare-Team nach Informationen des IFRC Reference Centre for Psychosocial Support (2018).

„Beobachten, Zuhören, Verbinden“

Die drei grundlegenden Handlungsprinzipien der Psychologischen Ersten Hilfe (PEH) lauten: Beobachten („Look“), Zuhören („Listen“) und Verbinden („Link“). Diese Prinzipien dienen als Orientierungshilfe, um sicher in eine Krisensituation einzutreten, betroffene Personen angemessen anzusprechen, ihre Bedürfnisse zu verstehen und sie mit praktischer Unterstützung und wichtigen Informationen zu verbinden [1–3,5]:

BEOBACHTEN („LOOK“)

- Einschätzen, was geschehen ist oder gerade geschieht.
- Feststellen, wer Hilfe benötigt, und Sicherheitsrisiken bewerten.
- Auf körperliche Verletzungen prüfen und unmittelbare, praktische Bedürfnisse erkennen.
- Emotionale Reaktionen einschätzen.

ZUHÖREN („LISTEN“)

- Aufmerksam und aktiv zuhören, die Gefühle der betroffenen Person akzeptieren.
- Versuchen, eine ruhige und beruhigende Umgebung zu schaffen.
- Nach den unmittelbaren Bedürfnissen und Sorgen der Person fragen, um die dringendsten Belastungen anzugehen.

VERBINDEN („LINK“)

- Unterstützung beim Zugang zu wichtigen Informationen leisten.
- Verbindung zu Angehörigen oder anderen Personen ermöglichen, die bei der Bewältigung praktischer Probleme helfen können.
- Kontakt zu sozialen Unterstützungsdiensten herstellen.

Dos und Don'ts der effektiven Kommunikation

Um eine sichere Umgebung zu fördern und eine effektive Kommunikation zu gewährleisten, können einige Strategien angewendet werden [1,7].

WAS GESAGT UND GETAN WERDEN SOLL: ✓

- Es sollte ein ruhiger Ort zum Gespräch gesucht und äußere Störungen möglichst minimiert werden.
- Die Privatsphäre der Person ist zu respektieren und ihre Geschichte vertraulich zu behandeln, sofern dies angemessen ist.
- Es sollte in der Nähe der Person geblieben werden, dabei aber ein angemessener Abstand entsprechend Alter, Geschlecht und Kultur gewahrt werden.
- Durch Gesten wie Nicken oder kurze verbale Äußerungen („hmmm...“) wird signalisiert, dass aufmerksam zugehört wird.
- Geduld und Ruhe sind zu bewahren.
- Sachliche Informationen sollten bereitgestellt werden, falls vorhanden. Ehrlichkeit über das Wissen und Nichtwissen ist wichtig, beispielsweise: „Das weiß ich nicht, aber ich werde versuchen, das herauszufinden.“
- Informationen sind so zu übermitteln, dass sie verständlich sind – einfach und klar.
- Gefühle sowie Verluste oder wichtige Ereignisse, die genannt werden (z. B. Verlust des Zuhauses oder Tod eines Angehörigen), sind anzuerkennen, etwa mit Worten wie: „Das tut mir leid. Das muss sehr traurig für Sie sein.“
- Die Stärken der Person und ihre Bewältigungsstrategien sind zu würdigen.
- Stille sollte zugelassen werden.

WAS NICHT GESAGT UND

GETAN WERDEN SOLL: ✗

- Es darf kein Druck ausgeübt werden, die eigene Geschichte zu erzählen.
- Unterbrechungen oder das Hetzen beim Erzählen sind zu vermeiden (z. B. nicht auf die Uhr schauen oder zu schnell sprechen).
- Körperkontakt sollte nur dann erfolgen, wenn sicher ist, dass dies angebracht ist.
- Urteile über das Verhalten oder die Gefühle der Person sind zu unterlassen. Aussagen wie „Sie sollten sich nicht so fühlen“ oder „Sie sollten froh sein, dass Sie überlebt haben“ sind nicht angebracht.
- Es dürfen keine Vermutungen oder Informationen erfunden werden, die nicht sicher bekannt sind.
- Fachbegriffe oder zu technische Ausdrücke sind zu vermeiden.
- Geschichten anderer Personen sollten nicht erzählt werden.
- Eigene Probleme oder Sorgen sind nicht Thema.
- Falsche Versprechen oder unbegründete Beruhigungen sind zu unterlassen.
- Es sollte nicht versucht werden, alle Probleme der Person allein lösen zu wollen.
- Die eigene Stärke und Selbstfürsorge der Person darf nicht untergraben werden.
- Menschen dürfen nicht in negativen Begriffen bezeichnet werden (z. B. „verrückt“ oder „wahnsinnig“).

Note: Angepasst vom EU-MiCare-Team basierend auf Weltgesundheitsorganisation (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers.*

→ [VIDEO: Was ist PEH? \(Video auf Englisch\)](#) 

Besondere Aspekte bei der Durchführung von PEH

Damit PEH mitfühlend, zugleich aber auch kontextbezogen relevant und wirkungsvoll ist, ist es wichtig, die spezifischen Herausforderungen bestimmter Gruppen anzuerkennen [1]. Kinder und Jugendliche sind beispielsweise besonders verletzlich aufgrund ihrer noch andauernden emotionalen und psychischen Entwicklung. Ihre Bedürfnisse gehen über unmittelbare Sicherheit und Trost hinaus und erfordern Interventionen, die langfristige Resilienz und Stabilität fördern. Ebenso erleben Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen zusätzliche Belastungen, da die Umwälzungen durch Vertreibung oft den Zugang zu notwendiger Versorgung und Unterstützung unterbrechen. Menschen, die einem erhöhten Risiko von Diskriminierung oder Gewalt ausgesetzt sind, bilden eine weitere Gruppe, die besondere Aufmerksamkeit benötigt. Wie in Einheit 2.2 gezeigt, können Erfahrungen von Marginalisierung – sei es aufgrund von Ethnie, Geschlecht oder anderen Faktoren – die psychische Belastung durch Vertreibung deutlich verstärken. Für diese Personen muss PEH körperliche und psychische Aspekte integrieren sowie gesellschaftliche Maßnahmen (z. B. Vermittlung und Interessenvertretung/“Advocacy“) umfassen, die die zugrunde liegenden Ungleichheiten und Verletzlichkeiten adressieren, welche ihre Erfahrungen prägen.

Die Umsetzung von PEH wird häufig durch die Vielfalt der vorhandenen Rahmenwerke erschwert. Während die WHO-Richtlinien als grundlegende Referenz dienen, sind zahlreiche Anpassungen entstanden, die jeweils darauf abzielen, den besonderen Bedürfnissen spezifischer Bevölkerungsgruppen oder Kontexte gerecht zu werden [6]. Dies hat zu einer großen Heterogenität von Ansätzen geführt, die die Komplexität menschlicher Erfahrungen in Krisensituationen widerspiegeln. Diese Vielfalt stellt zwar eine Herausforderung dar, ist aber zugleich eine der größten Stärken der PEH. Sie ermöglicht es Fachkräften, Modelle auszuwählen, die eng mit den kulturellen, sozialen und individuellen Merkmalen der betreuten Personen übereinstimmen. Letztlich liegt die Wirksamkeit der PEH in ihrer Anpassungsfähigkeit und Reaktionsfähigkeit, indem anerkannt wird, dass Leiden zwar eine gemeinsame menschliche Erfahrung ist, die Wege zur Heilung jedoch zutiefst persönlich und vielfältig sind.

4. Ein Fallbeispiel zur psychologischen Ersten Hilfe als Grundlage für die Praxisreflexion

„Geflüchtete kommen an einem neuen Ort an, transportiert auf Lastwagen, und werden darüber informiert, dass dies nun ihr Zuhause sein wird. Sie wurden aufgrund des Konflikts, der sie aus ihren bisherigen Gemeinschaften vertrieben hat, umgesiedelt. Beim Aussteigen von den Lastwagen zeigen sich verschiedene Emotionen – einige weinen und wirken sichtbar ängstlich, andere erscheinen desorientiert, während einige erleichtert aufseufzen. Für die meisten dominieren Angst und Unsicherheit; sie wissen nicht, wo sie schlafen, essen oder medizinische Versorgung erhalten werden. Das plötzliche Geräusch eines lauten Knalls erschreckt einige und ruft Erinnerungen an Schusswaffen hervor. Sie sind Ehrenamtliche:r bei einer Organisation, die Lebensmittel verteilt, und wurden gebeten, an den Ausgabestellen zu helfen.“

Während Sie sich darauf vorbereiten zu helfen, überlegen Sie, **welche Informationen über die Situation für Sie wichtig sind**. Fragen Sie sich:

- Wer sind die Personen, denen ich helfen werde?
- Welchen kulturellen Hintergrund haben sie?
- Gibt es Verhaltensregeln oder Bräuche, die ich beachten muss? Zum Beispiel, ist es angemessener, dass weibliche Helferinnen mit weiblichen Geflüchteten sprechen?
- Wie weit sind sie gereist?
- Was weiß ich über den Konflikt, den sie erlebt haben?
- Welche Hilfsangebote und Dienstleistungen gibt es an dem Ort, an dem die Geflüchteten aufgenommen werden?
- Wenn ich im Team arbeite, wie organisieren wir uns, um in dieser Situation effektiv zu helfen? Welche Aufgaben übernimmt jede Person? Wie koordinieren wir uns untereinander und mit anderen Helfergruppen vor Ort?

Beim **Treffen** auf eine Gruppe von Geflüchteten, worauf sollte man **BEOBSACHTEN**?

- Was werden die meisten Menschen unter diesen Bedingungen benötigen?
- Haben sie Hunger, Durst oder sind sie müde? Gibt es Verletzte oder Kranke?
- Gibt es Familien oder Personen aus demselben Dorf innerhalb der Gruppe? Gibt es unbegleitete Kinder oder Jugendliche?
- Wer benötigt möglicherweise besondere Hilfe?

- Die Personen in der Gruppe zeigen unterschiedliche Reaktionen auf die Krise. Welche emotionalen Reaktionen sind erkennbar?

Wie kann am besten auf die **Sorgen** der Menschen in der Gruppe **GEHÖRT** werden?

- Wie sollte ich mich vorstellen, bevor ich Unterstützung anbiete?
- Menschen, die Gewalt erlebt oder miterlebt haben, können sehr verängstigt sein und sich unsicher fühlen. Wie kann ich sie unterstützen und ihnen helfen, sich zu beruhigen?
- Wie lassen sich die Bedürfnisse und Anliegen von Personen erkennen, die besondere Hilfe benötigen, wie z. B. Frauen?
- Wie gehe ich auf unbegleitete Kinder und Jugendliche zu und wie kann ich ihnen helfen?

Was kann getan werden, um Menschen mit **Informationen und praktischer Unterstützung** zu **VERBINDEN**?

- Welche Grundbedürfnisse könnten die Menschen haben?
- Welche Unterstützungsangebote stehen zur Verfügung und könnten hilfreich sein?
- Wie können die Menschen diese Angebote erreichen?
- Wann und wo können Menschen mehr Informationen darüber finden, was dieses Ereignis verursacht hat?
- Wie kann geholfen werden, verletzte Personen, wie Frauen oder unbegleitete Kinder, vor weiterem Schaden zu schützen?
- Wie kann geholfen werden, verletzte Personen mit ihren Angehörigen und Unterstützungsangeboten zu vernetzen?
- Welche besonderen Bedürfnisse könnten Menschen haben, einschließlich derjenigen, die Gewalt erfahren haben? Was kann getan werden, um diese Menschen mit ihren Angehörigen oder Hilfsdiensten zu verbinden?

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] World Health Organization (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
- [2] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2018). *A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent societies*. Copenhagen: IFRC Reference Centre for Psychosocial Support. Retrieved September 12, 2024, from <https://pscentre.org/?resource=a-guide-to-psychological-first-aid-for-red-cross-red-crescent-societies>
- [3] World Health Organization (2013). *Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548618>
- [4] World Health Organization (2020). *Glossary of health emergency and disaster risk management terminology*. Geneva: WHO. Retrieved September 17, 2024 from <https://www.who.int/publications/i/item/glossary-of-health-emergency-and-disaster-risk-management-terminology>
- [5] Uribe Guajardo, M. G., Slewa-Younan, S., Santalucia, Y., & Jorm, A. F. (2016). Important considerations when providing mental health first aid to Iraqi refugees in Australia: A Delphi study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0087-1>
- [6] Hermosilla, S., Forthal, S., Sadowska, K., Magill, E. B., Watson, P., & Pike, K. M. (2023). We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of Traumatic Stress*, 36(1), 5–16. <https://doi.org/10.1002/jts.22888>
- [7] Blunt Therapy (n.d.). *A brief guide to psychological first aid*. Retrieved May 10, 2024, from <https://www.blunt-therapy.com/a-brief-guide-to-psychological-first-aid/>
- [8] Levy, E., Farchi, M., Gidron, Y., & Shahar, E. (2020). Psychological first aid through the ‘SIX Cs model’ – An intervention with migrants on the move. *Intervention*, 18(1), 71–77. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_51_18



Von der Europäischen Union finanziert.

Die geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen jedoch ausschließlich denen des Autors bzw. der Autoren und spiegeln nicht zwingend die der Europäischen Union oder der Europäischen Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) wider. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden.

Diese Arbeit ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Repository

Module 2. Improving Skills on Recognizing & Assessing Migrants' Mental Health Needs

The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

Unit: 2.1 Understanding the Influence of Culture on Mental Health and Mental Health Promotion

Handout 1: “List of Idioms of Distress”

With the introduction of the DSM-IV in 1994, culture-bound syndromes were officially recognized in psychiatric classification for the first time. The DSM-5 (2013) revised and expanded this section, shifting from viewing culture as region-based to understanding it as a dynamic, broader concept [1,2].

The DSM-5 defines three types of cultural concepts of distress:

1. *Cultural syndromes* - Symptom patterns commonly found in specific cultural contexts, recognized locally as meaningful illness experiences.
2. *Cultural idioms of distress* - Shared ways of expressing suffering that may not align with specific diagnoses, reflecting how individuals talk about personal or social distress.
3. *Cultural explanations or perceived causes* - Culturally shaped beliefs about the origin or meaning of symptoms or illness.

An appendix in the DSM-5 [2] includes a glossary of well-documented cultural concepts of distress, highlighting their clinical relevance and the relationships between syndromes, idioms, and cultural explanations. This glossary is reproduced in Table 2.1.1.-R: "Glossary of Cultural Concepts of Distress" below.

We recommend field workers to view this glossary not as a fixed or universal reference, but as a set of examples to guide awareness and inquiry. Culture and language are constantly evolving; idioms may vary across generations, social groups, or regions, and their meanings may shift over time. Field workers should remain open and curious, especially when encountering unfamiliar expressions or forms of distress. Engaging with individuals to co-create a shared understanding of their experience-rather than relying solely on predefined terms-helps ensure more respectful and accurate support. Ultimately, the glossary is a starting point, not a substitute for culturally sensitive, person-centered engagement.

Table 2.1.1.-R: "Glossary of Cultural Concepts of Distress"

Idiom/Syndrom	Description
<p>Ataque de nervios</p> <p>Related conditions in other cultural contexts: <i>Indisposition</i> in Haiti, blacking out in the Southern United States, and <i>falling out</i> in the West Indies.</p> <p>Related conditions in DSM-5: Panic attack, panic disorder, other specified or unspecified dissociative disorder, conversion (functional neurologic symptom) disorder, intermittent explosive disorder, other specified or unspecified anxiety disorder, other specified or unspecified trauma and stressor-related disorder.</p>	<p><i>Ataque de nervios</i> ("attack of nerves") is a syndrome among individuals of Latino descent, characterized by symptoms of intense emotional upset, including acute anxiety, anger, or grief; screaming and shouting uncontrollably; attack of crying; trembling; heat in the chest rising into the head; and becoming verbally and physically aggressive. Dissociative experiences (e.g., depersonalization, derealization, amnesia), seizure-like or fainting episodes, and suicidal gestures are prominent in some <i>ataques</i> but absent in others. A general feature of an <i>ataque de nervios</i> is a sense of being out of control. Attacks frequently occur as a direct result of a stressful event relating to the family, such as news of the death of a close relative, conflicts with a spouse or children, or witnessing an accident involving a family member. For a minority of individuals, no particular social event triggers their <i>ataques</i>; instead, their vulnerability to losing control comes from the accumulated experience of suffering.</p> <p>No one-to-one relationship has been found between <i>ataque</i> and any specific psychiatric disorder, although several disorders, including panic disorder, other specified or unspecified dissociative disorder, and conversion disorder, have symptomatic overlap with <i>ataque</i>.</p> <p>In community samples, <i>ataque</i> is associated with suicidal ideation, disability, and outpatient psychiatric utilization, after adjustment for psychiatric diagnoses, traumatic exposure, and other covariates. However, some <i>ataques</i> represent normative expressions of acute distress (e.g., at a funeral) without clinical sequelae. The term <i>ataque de nervios</i> may also refer to an idiom of distress that includes any "fit"-like paroxysm of emotionality (e.g., hysterical laughing) and may be used to indicate an episode of loss of control in response to an intense stressor.</p>

Dhat syndrome

Related conditions in other cultural contexts:

koro in Southeast Asia, particularly Singapore and *shen-k'uei* ("kidney deficiency") in China.

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, somatic symptom disorder, illness anxiety disorder, erectile disorder, early (premature) ejaculation, other specified or unspecified sexual dysfunction, academic problem.

Dhat syndrome is a term that was coined in **South Asia** little more than half a century ago to account for common clinical presentations of young male patients who attributed their various symptoms to semen loss. Despite the name, it is not a discrete syndrome but rather a cultural explanation of distress for patients who refer to diverse symptoms, such as anxiety, fatigue, weakness, weight loss, impotence, other multiple somatic complaints, and depressive mood. The cardinal feature is anxiety and distress about the loss of *dhat* in the absence of any identifiable physiological dysfunction. *Dhat* was identified by patients as a white discharge that was noted on defecation or urination. Ideas about this substance are related to the concept of *dhatu* (semen) described in the Hindu system of medicine, Ayurveda, as one of seven essential bodily fluids whose balance is necessary to maintain health.

Although *dhat syndrome* was formulated as a cultural guide to local clinical practice, related ideas about the harmful effects of semen loss have been shown to be widespread in the general population, suggesting a cultural disposition for explaining health problems and symptoms with reference to *dhat syndrome*. Research in health care settings has yielded diverse estimates of the syndrome's prevalence (e.g., 64% of men attending psychiatric clinics in India for sexual complaints; 30% of men attending general medical clinics in Pakistan). Although *dhat syndrome* is most commonly identified with young men from lower socioeconomic backgrounds, middle-aged men may also be affected. Comparable concerns about white vaginal discharge (*leu-korrhoea*) have been associated with a variant of the concept for women.

Khyal cap

Related conditions in other cultural contexts:

Laos (*pen lom*), Tibet (*srog rlunggi nad*), Sri Lanka (*vata*), and Korea (*hwa byung*).

"Khyal attacks" (*khyâl cap*), or "wind attacks," is a syndrome found among **Cambodians in the United States and Cambodia**. Common symptoms include those of panic attacks, such as dizziness, palpitations, shortness of breath, and cold extremities, as well as other symptoms of anxiety and autonomic arousal (e.g., tinnitus and neck soreness). *Khyâl* attacks include catastrophic cognitions centered on the concern that *khyâl* (a windlike substance) may rise in the body—along with blood—

Related conditions in DSM-5: Panic attack, panic disorder, generalized anxiety disorder, agoraphobia, posttraumatic stress disorder, illness anxiety disorder.

and cause a range of serious effects (e.g., compressing the lungs to cause shortness of breath and asphyxia; entering the cranium to cause tinnitus, dizziness, blurry vision, and a fatal syncope). Khyâl attacks may occur without warning, but are frequently brought about by triggers such as worrisome thoughts, standing up (i.e., orthostasis), specific odors with negative associations, and agoraphobic-type cues like going to crowded spaces or riding in a car. Khyâl attacks usually meet panic attack criteria and may shape the experience of other anxiety and trauma- and stressor-related disorders. *Khyâl* attacks may be associated with considerable disability.

Kufungisisa

Related conditions in other cultural contexts: "Thinking too much" is a common idiom of distress and cultural explanation across many countries and ethnic groups. It has been described in Africa, the Caribbean and Latin America, and among East Asian and Native American groups.

Kufungisisa ("thinking too much" in Shona) is an idiom of distress and a cultural explanation among the **Shona of Zimbabwe**. As an explanation, it is considered to be causative of anxiety, depression, and somatic problems (e.g., "my heart is painful because I think too much"). As an idiom of psychosocial distress, it is indicative of interpersonal and social difficulties (e.g., marital problems, having no money to take care of children). *Kufungisisa* involves ruminating on upsetting thoughts, particularly worries.

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, posttraumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, persistent complex bereavement disorder.

Kufungisisa is associated with a range of psychopathology, including anxiety symptoms, excessive worry, panic attacks, depressive symptoms, and irritability. In a study of a random community sample, two-thirds of the cases identified by a general psychopathology measure were of this complaint.

In many cultures, "thinking too much" is considered to be damaging to the mind and body and to cause specific symptoms like headache and dizziness. "Thinking too much" may also be a key component of cultural syndromes such as "brain fag" in Nigeria. In the case of brain fag, "thinking too much" is primarily attributed to excessive study, which is considered to damage the brain in particular, with symptoms including feelings of heat or crawling sensations in the head.

Maladi moun

Related conditions in other cultural contexts:

Concerns about illness (typically, physical illness) caused by envy or social conflict are common across cultures and often expressed in the form of "evil eye" (e.g. in Spanish, *mal de ojo*, in Italian, *mal'occhio*).

Related conditions in DSM-5: Delusional disorder, persecutory type; schizophrenia with paranoid features.

Maladi moun (literally "humanly caused illness," also referred to as "sent sickness") is a cultural explanation in Haitian communities for diverse medical and psychiatric disorders. In this explanatory model, interpersonal envy and malice cause people to harm their enemies by sending illnesses such as psychosis, depression, social or academic failure, and inability to perform activities of daily living. The etiological model assumes that illness may be caused by others' envy and hatred, provoked by the victim's economic success as evidenced by a new job or expensive purchase. One person's gain is assumed to produce another person's loss, so visible success makes one vulnerable to attack. Assigning the label of sent sickness depends on mode of onset and social status more than presenting symptoms. The acute onset of new symptoms or an abrupt behavioral change raises suspicions of a spiritual attack. Someone who is attractive, intelligent, or wealthy is perceived as especially vulnerable, and even young healthy children are at risk.

Nervios

Related conditions in other cultural contexts:

Nevra among Greeks in North America, *nierbi* among Sicilians in North America, and *nerves* among whites in Appalachia and Newfoundland.

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, other specified or unspecified dissociative disorder, somatic symptom disorder, schizophrenia.

Nervios ("nerves") is a common idiom of distress among Latinos in the United States and Latin America. Refers both to a general state of vulnerability to stress and to a syndrome evoked by difficult life circumstances. *Nervios* includes a wide range of symptoms of emotional distress, somatic disturbance, and inability to function. Common symptoms include headaches and "brain aches," irritability, stomach disturbances, sleep difficulties, nervousness, tearfulness, inability to concentrate, trembling, tingling sensations, and *mareos* (dizziness with occasional vertigo-like exacerbations). *Nervios* tends to be an ongoing problem, although it is variable in the degree of disability manifested. *Nervios* is a broad syndrome that ranges from cases free of a mental disorder to presentations resembling adjustment, anxiety, depressive, dissociative, somatoform, or psychotic disorders. Differential diagnosis depends on the constellation of symptoms, the kind of social events associated with onset and progress, and the level of disability experienced.

Shenjing shuairuo

Related conditions in other cultural contexts:

Neurasthenia-spectrum idioms and syndromes are present in India (*ashaktapanna*) and Japan (*shinkei-suijaku*), among other settings. Other conditions, such as brain fog syndrome, burnout syndrome, and chronic fatigue syndrome, are also closely related.

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, somatic symptom disorder, social anxiety disorder, specific phobia, posttraumatic stress disorder.

Shenjing shuairuo ("Weakness of the nervous system" in **Mandarin Chinese**) is a cultural syndrome that integrates conceptual categories of traditional Chinese medicine with the Western diagnosis of neurasthenia. In the second, revised edition of the Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-2-R), *shenjing shuairuo* is defined as a syndrome composed of three out of five nonhierarchical symptom clusters: weakness (e.g., mental fatigue), emotions (e.g., feeling vexed), excitement (e.g., increased recollections), nervous pain (e.g., headache), and sleep (e.g., insomnia). *Fan nao* (feeling vexed) is a form of irritability mixed with worry and distress over conflicting thoughts and unfulfilled desires. The third edition of the CCMD retains *shenjing shuairuo* as a somatoform diagnosis of exclusion. Salient precipitants of *shenjing shuairuo* include work- or family-related stressors, loss of face (*mianzi*, *lianzi*), and an acute sense of failure (e.g., in academic performance). *Shenjing shuairuo* is related to traditional concepts of weakness (*xu*) and health imbalances related to deficiencies of a vital essence (e.g., the depletion of *qi* [vital energy] following overstraining or stagnation of *qi* due to excessive worry). In the traditional interpretation, *shenjing shuairuo* results when bodily channels (*jing*) conveying vital forces (*shen*) become dysregulated as a result of various social and interpersonal stressors, such as the inability to change a chronically frustrating and distressing situation. Various psychiatric disorders are associated with *shenjing shuairuo*, notably mood, anxiety, and somatic symptom disorders. In medical clinics in China, however, up to 45% of patients with *shenjing shuairuo* do not meet criteria for any DSM-IV disorder.

Susto

Related conditions in other cultural contexts:

Similar etiological concepts and symptom configurations are found globally. In the Andean region, *susto* is referred to as *espanto*.

Susto ("fright") is a cultural explanation for distress and misfortune prevalent among some **Latinos** in the United States and among people in **Mexico, Central America, and South America**. It is not recognized as an illness category among Latinos from the Caribbean. *Susto* is an illness attributed to a frightening event that causes the soul to leave the body and results in unhappiness and sickness, as well as difficulties functioning in key social roles. Symptoms may appear any time from days to years after the fright is experienced. In extreme cases, *susto* may result in death. There are no

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, posttraumatic stress disorder, other specified or unspecified trauma and stressor-related disorder, somatic symptom disorders.

specific defining symptoms for *susto*; however, symptoms that are often reported by people with *susto* include appetite disturbances, inadequate or excessive sleep, troubled sleep or dreams, feelings of sadness, low self-worth or dirtiness, interpersonal sensitivity, and lack of motivation to do anything. Somatic symptoms accompanying *susto* may include muscle aches and pains, cold in the extremities, pallor, headache, stomachache, and diarrhea. Precipitating events are diverse, and include natural phenomena, animals, interpersonal situations, and supernatural agents, among others.

Three syndromic types of *susto* (referred to as *cibih* in the local Zapotec language) have been identified, each having different relationships with psychiatric diagnoses. An interpersonal *susto* characterized by feelings of loss, abandonment, and not being loved by family, with accompanying symptoms of sadness, poor self-image, and suicidal ideation, seemed to be closely related to major depressive disorder. When *susto* resulted from a traumatic event that played a major role in shaping symptoms and in emotional processing of the experience, the diagnosis of posttraumatic stress disorder appeared more appropriate. *Susto* characterized by various recurrent somatic symptoms—for which the person sought health care from several practitioners—was thought to resemble a somatic symptom disorder.

Taijin kyofusho

Related conditions in other cultural contexts:

Taein kong po in Korea.

Related conditions in DSM-5: Social anxiety disorder, body dysmorphic disorder, delusional disorder, obsessive-compulsive disorder, olfactory reference

Taijin kyofusho ("interpersonal fear disorder" in **Japanese**) is a cultural syndrome characterized by anxiety about and avoidance of interpersonal situations due to the thought, feeling, or conviction that one's appearance and actions in social interactions are inadequate or offensive to others. In the United States, the variant involves having an offensive body odor and is termed olfactory reference syndrome. Individuals with *taijin kyofusho* tend to focus on the impact of their symptoms and behaviors on others. Variants include major concerns about facial blushing (erythrophobia), having an offensive body odor (olfactory reference syndrome), inappropriate

syndrome (a type of other specified obsessive-compulsive and related disorder). Olfactory reference syndrome is related specifically to the *jikoshu-kyofu* variant of *taijin kyofusho*, whose core symptom is the concern that the person emits an offensive body odor. This presentation is seen in various cultures outside Japan.

gaze (too much or too little eye contact), stiff or awkward facial expression or bodily movements (e.g., stiffening, trembling), or body deformity.

Taijin kyofusho is a broader construct than social anxiety disorder in DSM-5. In addition to performance anxiety, *taijin kyofusho* includes two culture-related forms: a "sensitive type," with extreme social sensitivity and anxiety about interpersonal interactions, and an "offensive type," in which the major concern is offending others. As a category, *taijin kyofusho* thus includes syndromes with features of body dysmorphic disorder as well as delusional disorder. Concerns may have a delusional quality, responding poorly to simple reassurance or counterexample.

The distinctive symptoms of *taijin kyofusho* occur in specific cultural contexts and, to some extent, with more severe social anxiety across cultures. Similar syndromes are found in Korea and other societies that place a strong emphasis on the self-conscious maintenance of appropriate social behavior in hierarchical interpersonal relationships. *Taijin kyofusho*-like symptoms have also been described in other cultural contexts, including the United States, Australia, and New Zealand.

Note: American Psychiatric Association. (2013). Glossary of cultural concepts of distress. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 833–837). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

REFERENCES

- [1] American Psychiatric Association. (2013). Glossary of cultural concepts of distress. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 833–837). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [2] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02755-000>

Unit: 2.2 Intersectionality

Handout 1: “A Non-Exhaustive List of Characteristics”

Based on relevant research [1-7] below you will find a tentative, non-exhaustive list of dimensions that can be especially relevant for refugees and migrants and how they can play a positive/negative role for them.

- **Gender:** generally speaking, the life experiences of individuals are always gendered and this is true for any setting. Concerning refugees and migrants in particular, gender can be e.g. relevant in shaping experiences in the country of origin (e.g. specific oppression and lack of freedom for women in some countries of origin) and during the flight/migration process (e.g. women are generally more exposed to gender-based violence). On the other hand, life in the destination country can coincide with a re-negotiation of gender roles within the family and with new opportunities for all genders.
- **Race/Ethnicity:** these elements are especially relevant regarding exposure to discrimination and racism. Among refugees and migrants, those who are easily labeled as foreigners (e.g. because of their skin color or appearance) are more exposed to discrimination, racist violence etc. These elements, in turn, can have a great impact on how the person feels in the migration country, his/her willingness and ability of participation in the migration society. Race/ethnicity may play a role also in the country of origin, e.g. in case of an ethnic minority.
- **Class:** class is central for the experiences of refugees and migrants in their countries of origin, as class belonging influences education, access to resources, economic situation etc. These factors, in turn, enable some people to leave their country more easily or comfortably than others, or to leave at all when those belonging to the poorest social class might not have this option. Although the flight/migration experience and arrival in a new country often levels the class differences in some ways (e.g. because all asylum seekers/refugees are accommodated in the same facilities and undergo the same legal processes), these persist concerning the immaterial aspects (e.g. knowledge of foreign languages, education, contacts).
- **Age:** age determines the “bodily” experience of flight/migration, the possibilities and perspectives in the country of migration (e.g. in learning the language, finding a job) but is also relevant from a legal point of view. Minors enjoy different rights than adults regarding their asylum process and chances of legal status, and special regulations apply to unaccompanied minors. In this regard, young asylum seekers and migrants might also enjoy some advantages due to their age.
- **Sexuality:** discrimination and oppression based on sexual orientation are a common ground for flight and migration from repressive countries of origin. Furthermore, sexuality plays a role in the country of arrival, as further discrimination experiences due to this reason cannot be excluded. However, it also informs the chances of a successful asylum-seeking procedure, as special rights are recognized to people from sexual minorities coming from countries where e.g. homosexuality is banned and repressed. The shared belonging to a sexual minority can, in some cases, facilitate the contact and the bonding with organized communities in the countries of arrival. This, in turn, can enhance the feeling

of being part of a community and enjoying a safe-space, elements that can become very important for the quality of life and mental health of refugees and migrants.

- **(Dis)ability:** while representing doubtless an additional hurdle in the asylum/migration process, like age and sexuality, disability can provide to the affected person additional possibilities concerning legal status and benefits in the country of migration.
- **Legal status:** this element is of crucial importance for refugees and migrants, as it defines the whole array of possibilities and future perspectives they dispose of (e.g. access to a legal employment, to health care, to education, to social benefits, right to apply for a private accommodation, possibility of travelling, possibility of applying for family reunification etc.). Those with a secure legal status (as recognized refugees or as migrants with legal residency) enjoy much better life conditions than those with an insecure status (e.g. because the asylum process is not completed yet). At the very bottom are the undocumented migrants and those whose asylum application has been rejected, who are *de facto* condemned to an existence in the shadow, with illegal employment, no access to social benefits and an utterly insecure future perspective.
- **Religion:** religion-based persecution can often be a ground for seeking refuge in another country, and members of some religious minorities have chances to a successful asylum application. Furthermore, religion can be for many people an important form of resilience, providing comfort in especially challenging times, but also enabling access to specific communities in the country of migration due to a shared religious belonging.
- **Family ties:** fleeing or migrating with family members instead of alone can be an important resource during the process. However, dependent family members such as young children or the elderly can also represent an additional source of concern, limit participation possibilities for the care-taking person (e.g. the participation to a language course when the children do not attend Kindergarten). Refugees and migrants who have left their countries by themselves can, on the other hand, experience great worries about their families left behind, feeling of shame or responsibility towards them etc.

REFERENCES

- [1] Anthias, F. (2013). Hierarchies of social location, class and intersectionality: Towards a translocational frame. *International Sociology*, 28(1), 121–138. <https://doi.org/10.1177/0268580912463155>
- [2] Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170–180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- [3] Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139-167.
- [4] Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299.
- [5] Danisi, C., Dustin, M., Ferreira, N., & Held, N. (2021). *Queering Asylum in Europe: Legal and Social Experiences of Seeking International Protection on grounds of Sexual Orientation and Gender Identity*. Springer Nature.
- [6] Ekoh, P. C., & Okoye, U. O. (2022). More than just forced migrants: using intersectionality to understand the challenges and experiences of older refugees in Western societies. *Journal of Social Work in Developing Societies*, Vol. 4(2), 33–52.
- [7] Moussaoui, D., Bhugra, D., Tribe, R., & Ventriglio, A. (2021). *Mental Health, Mental Illness and Migration*. Springer.

Unit: 2.3 Mental Health and Suicide Risk Assessment

Table 1: “List of Recommended Tests”

Construct measured	Test	
Life Quality and Health	<p>RHS-15 (Refugee Health Screener-15; Hollifield et al., 2013) ^[1]</p> <p>RHS-15 PDF – Pathways to Wellness</p>	<p>Brief screening tool specifically designed to assess emotional distress in refugees and other displaced migrants. Developed to address the unique mental health needs of refugees, the RHS-15 helps identify individuals who may be experiencing significant psychological distress, including symptoms of depression, anxiety, and PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder).</p>
	<p>WHOQOL-100 (WHO Quality of Life-100; Angermeyer, Kilian and Matschinger, 2000) ^[2]</p> <p>WHOQOL-100 – World Health Organization</p>	<p>The WHOQOL-100 assesses quality of life across physical, psychological, social, and environmental domains.</p> <p>It is well-suited for transcultural use due to its strong cross-cultural validity, extensive field-testing in diverse countries, and availability in multiple languages.</p>
	<p>WHOQOL-BREF (Short version of WHOQOL-100; Angermeyer, Kilian and Matschinger, 2000)</p> <p>WHOQOL-BREF – World Health Organization</p>	<p>Fewer items than WHOQOL-100. Quicker to administer.</p>
	<p>SWLS (Satisfaction with life scale; Diener et al. 1985) ^[3]</p> <p>SWLS – Ed Diener’s Lab, University of Illinois</p>	<p>A brief 5-item measure of global life satisfaction, assessing individuals’ judgments about their goals, achievements, and overall contentment with life. It is widely used across cultures due to its strong psychometric properties, simple wording, and availability in many languages.</p> <p>Its demonstrated cross-cultural reliability makes it a valuable tool in transcultural and international research on well-being.</p>
	<p>PSS (Perceived Stress Scale; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) ^[4]</p> <p>PSS – Mapi Research Trust</p>	<p>A widely used 10-item questionnaire that measures individuals’ perception of stress, focusing on feelings of unpredictability, lack of control, and overload.</p> <p>It is especially relevant in transcultural contexts due to its availability in numerous languages and its demonstrated validity across diverse cultural groups, making it a reliable tool for assessing perceived stress in international and multicultural research settings.</p>

	<p>IADQ (Adjustment Disorder Questionnaire; Shevlin et al., 2019) ^[5]</p> <p>IADQ – Trauma Measures Global</p>	<p>The IADQ is a brief self-report tool developed to assess Adjustment Disorder (Ajd) as defined by the ICD-11, focusing on core symptoms like stressor exposure, preoccupation, and failure to adapt.</p> <p>Designed for international applicability, it has been validated across diverse cultural contexts and is available in multiple languages, including English, German, Hebrew, and Chinese, making it a reliable instrument for cross-cultural research and screening.</p>
<p>Explanatory Models for Mental Health Issues</p>	<p>IPQ-R (Illness Perception Questionnaire-Revised; Moss-Morris et al., 2002) ^[6]</p> <p>IPQ-R PDF – Royal Holloway University of London</p> <p>MINI (McGill Illness Narrative Interview, Groleau, Young and Kirmayer, 2006) ^[7]</p> <p>MINI – McGill University</p>	<p>Helps to understand how individuals perceive their illness. It covers various dimensions such as identity (symptoms associated with the illness), cause (beliefs about the cause of the illness), timeline (perceived duration), consequences (expected impact), and control/cure (beliefs about the manageability and treatment of the illness).</p> <p>It is particularly relevant in transcultural contexts due to its strong psychometric properties, availability in multiple languages, and validation across diverse cultural settings, making it a valuable instrument for cross-cultural research and clinical practice.</p> <p>A semi-structured qualitative interview designed to elicit detailed personal narratives about illness experiences. It comprises three main sections: (1) a temporal narrative of symptom and illness experience, (2) prototype narratives based on previous experiences or those of others, and (3) explanatory models encompassing labels, causal attributions, and expectations for treatment and outcomes. Supplementary sections explore help-seeking behaviors, treatment experiences, and the impact of illness on identity and relationships.</p> <p>The MINI has been translated into multiple languages and validated across diverse cultural contexts, making it a valuable tool for cross-cultural research and clinical practice.</p>
<p>Suicide Assessment</p>	<p>C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale; Posner et al., 2011) ^[8]</p> <p>C-SSRS – Columbia University</p>	<p>A structured tool designed to assess the severity and immediacy of suicidal ideation and behaviors. It evaluates aspects such as the presence of suicidal thoughts, the intensity and frequency of these thoughts, the presence of a plan, intent to act, and any preparatory behaviors or actual attempts.</p> <p>The C-SSRS is particularly relevant in transcultural contexts due to its availability in over 150 country-specific languages, many of which have undergone linguistic validation. This extensive linguistic adaptation ensures that the tool maintains its reliability and validity across diverse cultural settings, making it a valuable instrument for global suicide risk assessment.</p>

	<p>CARS (The Cultural Assessment of Risk for Suicide; Chu, J., Floyd, R., Diep, H., Pardo, S., Goldblum, P., & Bongar, B., 2013) ^[9]</p> <p>(A direct, freely available version of the full CARS questionnaire is not accessible online. For access to the full CARS instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels).</p>	<p>A 39-item self-report measure developed to evaluate culturally specific suicide risk factors. It assesses dimensions such as cultural sanctions related to suicide, idioms of distress, minority stress, and social discord, which may influence suicidal thoughts and behaviors.</p> <p>The CARS has demonstrated good internal consistency and convergent validity with established suicide-related measures, making it a valuable tool for culturally competent suicide risk assessment.</p>
	<p>Suicide Risk Assessment Toolkit by Mental Health Commission of Canada (MHCC) in partnership with the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) ^[10]</p> <p>Suicide Risk Assessment Toolkit – MHCC</p>	<p>This toolkit helps healthcare professionals choose and use suicide risk assessment tools effectively. It emphasizes that tools should support, not replace, clinical judgment. The toolkit reviews various tools, focusing on their reliability and cultural sensitivity, ensuring they are appropriate for diverse populations including Indigenous peoples, LGBTQ+ communities, and racialized groups. It offers practical guidance to integrate assessments into holistic care.</p>
Depression	<p>PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) ^[11]</p> <p>Official PHQ Screeners Website</p>	<p>The PHQ-9 is a brief self-administered tool that assesses the severity of depression based on nine DSM-IV criteria. It asks respondents to rate the frequency of symptoms over the past two weeks. Widely used across cultures, it is available in multiple languages and has been validated internationally, making it suitable for transcultural research and clinical use.</p>
	<p>HAM-D (Test Hamilton - Depression scale; Hamilton 1959) ^[12]</p> <p>HAM-D PDF (University of Florida)</p> <p>HAM-D Online Calculator (QxMD)</p>	<p>The HAM-D is a clinician-administered scale used to assess the severity of depression symptoms, including mood, guilt, insomnia, anxiety, and somatic complaints.</p> <p>It is widely used in clinical and research settings and has been translated and validated in multiple languages, making it suitable for use in diverse cultural contexts.</p>
	<p>HSCL-25, second part (Hopkins Symptom Checklist, second part, depression; Petermann and Brähler, 2013) ^[13]</p> <p>HSCL-25 – HPRT Cambridge</p>	<p>The HSCL-25 is a self-report questionnaire assessing symptoms of anxiety and depression. Part 2 focuses on depression, evaluating mood, energy, sleep, and self-worth.</p> <p>It has been validated across various populations and translated into multiple languages, making it suitable for transcultural research and clinical use.</p>
Anxiety Disorders	<p>HAM-A (Test Hamilton – Anxiety scale; Hamilton, 1959) ^[12]</p> <p>HAM-A – MDCalc</p>	<p>The HAM-A is a clinician-administered scale that assesses the severity of anxiety through 14 items covering both psychological and somatic symptoms. It evaluates aspects like anxious mood, tension, and physical complaints.</p> <p>Widely translated and validated, it is a valuable tool for assessing anxiety in diverse cultural and clinical contexts.</p>

	<p>HSCL-25, first part (Hopkins Symptom Checklist, first part) ^[13]</p> <p>🔗 HSCL-25 – HPRT Cambridge</p>	<p>The first part of the HSCL-25 focuses specifically on anxiety symptoms. It assesses a range of symptoms associated with anxiety, such as nervousness, fearfulness, and physical symptoms like dizziness. Due to its availability in multiple languages and strong cross-cultural validation, it is especially relevant in transcultural mental health assessments.</p>
PTSD	<p>CAPS-5 (Clinical Administered PTSD Scale for DSM-5; Weathers et al., 2013) ^[14]</p> <p>🔗 CAPS-5 – ISTSS</p>	<p>The CAPS-5 is a structured clinical interview used to diagnose PTSD and assess symptom severity based on DSM-5 criteria. It is highly valued in transcultural contexts because clinicians can adapt questions and clarify meanings, allowing culturally sensitive assessment.</p> <p>It has been validated across diverse populations and is available in multiple languages.</p>
	<p>HTQ (Harvard Trauma Questionnaire; Mollica et al. 1992) ^[15]</p> <p>🔗 HTQ – HPRT Cambridge</p>	<p>Self-report tool assessing trauma exposure and PTSD symptoms, especially in refugee and war-affected populations. Includes culturally specific items and has been translated and validated widely.</p>
	<p>ITQ (International Trauma Questionnaire; Cloitre et al., 2018) ^[16]</p> <p>🔗 ITQ – Trauma Measures Global</p>	<p>Brief self-report tool for PTSD and Complex PTSD based on ICD-11. Designed to be culturally neutral and validated in many countries, with versions in over 30 languages.</p>
	<p>IES-R (The Impact of Event Scale – Revised; Weiß and Marmar, 1997) ^[17]</p> <p>🔗 IES-R – Trauma Measures Global</p>	<p>Measures distress related to traumatic events, focusing on intrusion, avoidance, and hyperarousal. Broadly used and translated; suitable for transcultural contexts despite not being culture-specific.</p>
	<p>ITEM (International Exposure Trauma Measure; Hyland et al. 2021) ^[18]</p> <p>🔗 ITEM – Trauma Measures Global</p>	<p>Self-report tool that assesses exposure to a wide range of potentially traumatic events.</p> <p>Developed explicitly for cross-cultural use, avoiding culturally biased assumptions. Validated internationally and available in multiple languages.</p>
	<p>PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5; Weathers et al. 2013) ^[19]</p> <p>🔗 PCL-5 – LA County DMH</p>	<p>A self-report questionnaire for screening and monitoring PTSD symptoms. Widely used, translated into many languages, and adaptable to diverse populations.</p>
Somatisation Disorder	<p>PHQ-15 (Health questionnaire for patients - Somatisation; Kränke, Spitzer and Qillias, 2002) ^[20]</p> <p>🔗 Official PHQ Screeners Website</p>	<p>Self-report questionnaire assessing the severity of somatic symptoms over the past four weeks. It covers 15 common physical complaints, such as pain, gastrointestinal issues, and fatigue.</p> <p>In transcultural contexts, its straightforward language and broad symptom coverage make it adaptable across diverse populations. The PHQ-15 has been translated into multiple languages and validated internationally, enhancing its utility in various cultural settings.</p>

	<p>SOMS-2 (Screening for somatoform symptoms - 2; Rief and Hiller, 2008) ^[21]</p> <p>(A direct, freely available version of the full SOMS-2 questionnaire is not accessible online. For access to the full SOMS-2 instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels).</p>	<p>A comprehensive self-report tool designed to identify somatoform symptoms by listing numerous physical complaints without identifiable medical causes.</p> <p>Its broad symptom coverage supports detailed evaluation across cultural contexts, accommodating varying symptom expressions.</p>
<p>Migratory Stress, Acculturative Strategies, Migratory Mourning</p>	<p>BISS (Barcelona Immigration Stress Scale; Tomás-Sábado, Qureshi, Montserrat, & Collazos, 2007; Eiroa-Orosa, Evangelidou, Qureshi, & Collazos, 2023) ^[22, 23]</p> <p>(A direct, freely available version of the full BISS questionnaire is not accessible online. For access to the full BISS instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels).</p>	<p>A 42-item self-report questionnaire developed to assess acculturative stress among immigrants, particularly in European contexts. It evaluates various stressors associated with the migration experience, such as homesickness, perceived discrimination, cultural adaptation challenges, and general psychosocial stress. Designed with cultural sensitivity in mind, the BISS has been validated across diverse immigrant populations, demonstrating its applicability in transcultural settings. Its comprehensive approach allows for a nuanced understanding of the psychological impact of immigration across different cultural groups.</p>
	<p>FRACC (Frankfurt Acculturation Scale; Bongard, Etzler and Frankenberg, 2020) ^[24]</p> <p>(A direct, freely available version of the full FRACC questionnaire is not accessible online. For access to the full FRACC instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels).</p>	<p>Is a 20-item self-report tool that measures how migrants balance their heritage and host cultures, based on Berry's acculturation model. It identifies four strategies: integration, assimilation, separation, and marginalization.</p>

Handout 2: “Complete CFI in English”

Cultural Formulation Interview (CFI)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

GUIDE TO INTERVIEWER

The following questions aim to clarify key aspects of the presenting clinical problem from the point of view of the individual and other members of the individual's social network (i.e., family, friends, or others involved in current problem). This includes the problem's meaning, potential sources of help, and expectations for services.

INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE *ITALICIZED*.

INTRODUCTION FOR THE INDIVIDUAL:

I would like to understand the problems that bring you here so that I can help you more effectively. I want to know about **your** experience and ideas. I will ask some questions about what is going on and how you are dealing with it. Please remember there are no right or wrong answers.

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

(Explanatory Model, Level of Functioning)

Elicit the individual's view of core problems and key concerns.
Focus on the individual's own way of understanding the problem.
Use the term, expression, or brief description elicited in question 1 to identify the problem in subsequent questions (e.g., “your conflict with your son”).

Ask how individual frames the problem for members of the social network.

Focus on the aspects of the problem that matter most to the individual.

1. What brings you here today?
IF INDIVIDUAL GIVES FEW DETAILS OR ONLY MENTIONS SYMPTOMS OR A MEDICAL DIAGNOSIS, PROBE:
People often understand their problems in their own way, which may be similar to or different from how doctors describe the problem. How would you describe your problem?
2. Sometimes people have different ways of describing their problem to their family, friends, or others in their community. How would you describe your problem to them?
3. What troubles you most about your problem?

CULTURAL PERCEPTIONS OF CAUSE, CONTEXT, AND SUPPORT

CAUSES

(Explanatory Model, Social Network, Older Adults)

This question indicates the meaning of the condition for the individual, which may be relevant for clinical care.

Note that individuals may identify multiple causes, depending on the facet of the problem they are considering.

Focus on the views of members of the individual's social network. These may be diverse and vary from the individual's.

4. Why do you think this is happening to you? What do you think are the causes of your [PROBLEM]?
PROMPT FURTHER IF REQUIRED:
Some people may explain their problem as the result of bad things that happen in their life, problems with others, a physical illness, a spiritual reason, or many other causes.
5. What do others in your family, your friends, or others in your community think is causing your [PROBLEM]?

Cultural Formulation Interview (CFI)

STRESSORS AND SUPPORTS

(Social Network, Caregivers, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Cultural Identity, Older Adults, Coping and Help Seeking)

<p><i>Elicit information on the individual's life context, focusing on resources, social supports, and resilience. May also probe other supports (e.g., from co-workers, from participation in religion or spirituality).</i></p> <p><i>Focus on stressful aspects of the individual's environment. Can also probe, e.g., relationship problems, difficulties at work or school, or discrimination.</i></p>	<p>6. Are there any kinds of support that make your [PROBLEM] better, such as support from family, friends, or others?</p> <p>7. Are there any kinds of stresses that make your [PROBLEM] worse, such as difficulties with money, or family problems?</p>
---	---

ROLE OF CULTURAL IDENTITY

(Cultural Identity, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Older Adults, Children and Adolescents)

<p><i>Ask the individual to reflect on the most salient elements of his or her cultural identity. Use this information to tailor questions 9–10 as needed.</i></p> <p><i>Elicit aspects of identity that make the problem better or worse.</i></p> <p><i>Probe as needed (e.g., clinical worsening as a result of discrimination due to migration status, race/ethnicity, or sexual orientation).</i></p> <p><i>Probe as needed (e.g., migration-related problems; conflict across generations or due to gender roles).</i></p>	<p>Sometimes, aspects of people's background or identity can make their [PROBLEM] better or worse. By background or identity, I mean, for example, the communities you belong to, the languages you speak, where you or your family are from, your race or ethnic background, your gender or sexual orientation, or your faith or religion.</p> <p>8. For you, what are the most important aspects of your background or identity?</p> <p>9. Are there any aspects of your background or identity that make a difference to your [PROBLEM]?</p> <p>10. Are there any aspects of your background or identity that are causing other concerns or difficulties for you?</p>
---	--

CULTURAL FACTORS AFFECTING SELF-COPING AND PAST HELP SEEKING

SELF-COPING

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors)

<p><i>Clarify self-coping for the problem.</i></p>	<p>11. Sometimes people have various ways of dealing with problems like [PROBLEM]. What have you done on your own to cope with your [PROBLEM]?</p>
--	--

Cultural Formulation Interview (CFI)

PAST HELP SEEKING

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship)

<p><i>Elicit various sources of help (e.g., medical care, mental health treatment, support groups, work-based counseling, folk healing, religious or spiritual counseling, other forms of traditional or alternative healing).</i></p> <p><i>Probe as needed (e.g., "What other sources of help have you used?").</i></p> <p><i>Clarify the individual's experience and regard for previous help.</i></p>	<p>12. Often, people look for help from many different sources, including different kinds of doctors, helpers, or healers. In the past, what kinds of treatment, help, advice, or healing have you sought for your [PROBLEM]?</p> <p>PROBE IF DOES NOT DESCRIBE USEFULNESS OF HELP RECEIVED:</p> <p>What types of help or treatment were most useful? Not useful?</p>
---	--

BARRIERS

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship)

<p><i>Clarify the role of social barriers to help seeking, access to care, and problems engaging in previous treatment. Probe details as needed (e.g., "What got in the way?").</i></p>	<p>13. Has anything prevented you from getting the help you need?</p> <p>PROBE AS NEEDED:</p> <p>For example, money, work or family commitments, stigma or discrimination, or lack of services that understand your language or background?</p>
---	--

CULTURAL FACTORS AFFECTING CURRENT HELP SEEKING

PREFERENCES

(Social Network, Caregivers, Religion and Spirituality, Older Adults, Coping and Help Seeking)

<p><i>Clarify individual's current perceived needs and expectations of help, broadly defined.</i></p> <p><i>Probe if individual lists only one source of help (e.g., "What other kinds of help would be useful to you at this time?").</i></p> <p><i>Focus on the views of the social network regarding help seeking.</i></p>	<p>Now let's talk some more about the help you need.</p> <p>14. What kinds of help do you think would be most useful to you at this time for your [PROBLEM]?</p> <p>15. Are there other kinds of help that your family, friends, or other people have suggested would be helpful for you now?</p>
---	---

CLINICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

(Clinician-Patient Relationship, Older Adults)

<p><i>Elicit possible concerns about the clinic or the clinician-patient relationship, including perceived racism, language barriers, or cultural differences that may undermine goodwill, communication, or care delivery. Probe details as needed (e.g., "In what way?").</i></p> <p><i>Address possible barriers to care or concerns about the clinic and the clinician-patient relationship raised previously.</i></p>	<p>Sometimes doctors and patients misunderstand each other because they come from different backgrounds or have different expectations.</p> <p>16. Have you been concerned about this and is there anything that we can do to provide you with the care you need?</p>
--	---

Note: American Psychiatric Association. (2013). *Cultural Formulation Interview (CFI)*.

https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Cultural-Formulation-Interview.pdf

Handout 3: “Risk Factors Associated with Suicide”

- **Acculturation stress and identity conflict:** the intense pressure to adapt to a new culture can lead to significant stress and identity conflict. As discussed in the unit 1.4. the struggle to balance the values and norms of their culture of origin with those of the host culture can result in feelings of confusion, isolation, and distress. These feelings can increase the risk of suicidal ideation and behaviour [26, 28].
- **Social isolation and lack of support networks:** separation from family and familiar social networks is common among migrants. This isolation can be exacerbated by language barriers and difficulties in establishing new social connections in the host country. The resulting loneliness and lack of social support are potent risk factors for suicide [26, 27].
- **Family conflicts:** Tensions and conflicts within the family, especially due to intergenerational cultural gaps or differing adaptation speeds, increase psychological distress and suicide risk among migrants [26, 27, 29].
- **Experiences of discrimination and xenophobia:** experiences of discrimination and xenophobia can lead to chronic stress, a sense of helplessness, and a diminished sense of belonging, all of which contribute to an increased risk of suicide. It might lead to re-traumatisation or new traumatic experiences, especially when physical and emotional violence takes part. Discrimination can also exacerbate the previous risk factors since the person feels isolated and has much fewer opportunities to establish and cover all basic needs [26, 27].
- **Trauma exposure pre- and post-migration:** consider the history of trauma of the client. These can be histories of trauma related to war, persecution, or violence in their home countries, as well as traumatic experiences during the migration process and can lead to (complex) post-traumatic stress disorder (C-PTSD) and other trauma-related mental health conditions that heighten the risk of suicide [26,28].
- **Legal status and fear of deportation:** uncertainty about legal status and the fear of deportation are significant existential stressors for many migrants. This fear can contribute to anxiety, depression, and feelings of hopelessness, all of which are associated with an increased risk of suicide [27, 28].
- **Substance abuse as coping mechanism:** studies show that alcohol abuse, in combination with other risk factors explained above, can lead to suicide behaviour and, therefore, a higher risk of suicide. This can be explained by the lack of sustainable resources to cope with emotional, psychological or social problems [27, 29].
- **Gender-specific vulnerabilities:** Immigrant women may face compounded risks due to gender roles, violence, and cultural pressures that increase their risk of suicidal behavior [26].

REFERENCES

- [1] Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., & SooHoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 202–209. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.12.002>
- [2] Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF: A comparative review of their psychometric properties and results. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(1), 36–43. <https://doi.org/10.1007/s001270050005>
- [3] Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- [4] Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- [5] Lorenz, L., Bachem, R. C., & Maercker, A. (2016). The Adjustment Disorder--New Module 20 as a Screening Instrument: Cluster Analysis and Cut-off Values. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 7(4), 215–220. <https://doi.org/10.15171/ijocem.2016.775>
- [6] Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- [7] Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural psychiatry*, 43(4), 671–691. <https://doi.org/10.1177/1363461506070796>
- [8] Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- [9] Chu, J., Floyd, R., Diep, H., Pardo, S., Goldblum, P., & Bongar, B. (2013). A tool for the culturally competent assessment of suicide: The Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS) Measure. *Psychological Assessment*, 25(1), 170–181. <https://doi.org/10.1037/a0031264>
- [10] Mental Health Commission of Canada (MHCC) & Canadian Patient Safety Institute (CPSI). (2021). *Suicide Risk Assessment Toolkit*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2021-01/mhcc_cpsi_suicide_risk_assessment_toolkit_eng.pdf
- [11] Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- [12] Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- [13] Petermann, F., & Brähler, E. (2013). *Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)*. Hogrefe Publishing.
- [14] Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. [Assessment] Available from www.ptsd.va.gov
- [15] Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111–116. <https://doi.org/10.1097/00005053-199202000-00008>
- [16] Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Brewin, C. R. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- [17] Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). Guilford Press.
- [18] Nielsen, T., Elklit, A., Vang, M. L., Nielsen, S. B., Auning-Hansen, M., & Palic, S. (2023). Cross-cultural validity and psychometric properties of the International Trauma Questionnaire in a clinical refugee sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2172256>
- [19] Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.

- [20] Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- [21] Rief, W., & Hiller, W. (2008). Screening für Somatoforme Störungen (SOMS). Manual. (2., vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage). Bern: Hans Huber.
- [22] Tomás-Sábado, J., Qureshi, A., Montserrat, A., & Collazos, F. (2007). Construction and preliminary validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. *Psychological Reports*, 100(3), 1013–1023. <https://doi.org/10.2466/PRO.100.3.1013-1023>
- [23] Eiroa-Orosa, F. J., Evangelidou, S., Qureshi, A., & Collazos, F. (2023). Cross-cultural validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25(6), 1339–1353. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01520-2>
- [24] Bongard, S., Etzler, S., & Frankenberg, E. (2020). Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK). Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000648>
- [25] American Psychiatric Association. (2013). *Cultural Formulation Interview (CFI)*. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Cultural-Formulation-Interview.pdf
- [26] Heredia Montesinos, A., Heinz, A., Schouler-Ocak, M., & Aichberger, M. C. (2013). Precipitating and risk factors for suicidal behaviour among immigrant and ethnic minority women in Europe: A systematic review. *Suicidology Online*, 4, 60–80. <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2013-4-60-80.pdf>
- [27] Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2024). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International Journal of Social Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09540261.2024.2327389>
- [28] Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2018). Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>
- [29] Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., & Haro-Abad, J. M. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-13> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1208963/>

Unit: 2.4 Psychological First Aid

Handout 1: “Special Situation of Children”

How children react to the hardships of a crisis depends on their **age** and **developmental** stage. It also depends on the ways their caregivers and other adults interact with them (if they exist). For example, young children may not fully understand what is happening around them and are especially in need of support from caregivers. **In general, children cope better when they have a stable, calm adult around them.** [1,2]

THINGS TO SAY AND DO FOR CHILDREN

- Keep together with loved ones**
- » Keep them together with their caregivers and family whenever possible. Try not to let them get separated.
 - » When unaccompanied, link them with a trustworthy child protection network or agency. Don't leave the child unattended.
 - » If no child protection agency is available, take steps yourself to find their caregivers or to contact other family who can care for them.
- Keep safe**
- » Protect them from being exposed to any gruesome scenes, like injured people or terrible destruction.
 - » Protect them from hearing upsetting stories about the event.
 - » Protect them from the media or from people who want to interview them who are not part of the emergency response.
- Listen, talk and play**
- » Be calm, talk softly and be kind.
 - » Listen to children's views on their situation.
 - » Try to talk with them on their eye level, and use words and explanations they can understand.
 - » Introduce yourself by name and let them know you are there to help.
 - » Find out their name, where they are from, and any information you can in order to help find their caregivers and other family members.
 - » When they are with their caregivers, support the caregivers in taking care of their own children.
 - » If passing time with children, try to involve them in play activities or simple conversation about their interests, according to their age.

Note: Graphic from World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>

Remember that children also have their own resources for coping. Learn what these are and support positive coping strategies, while helping them to avoid negative coping strategies. Older children and adolescents can often help in crisis situations. Finding safe ways for them to contribute to the situation may help them to feel more in control.

The three principles “Look, Listen, Link” of PFA for children: [1,2]

“LOOK” FOR:

- ✓ information on what has happened
- ✓ safety and security risks
- ✓ who the child is with or whether the child is alone
- ✓ physical injuries
- ✓ immediate basic, practical and protection needs emotional reactions.
- ✓ Assess emotional reactions

“LINK”

- ✓ assess the child’s needs, with the child, if possible
- ✓ help the child access protection and services for basic needs
- ✓ give age-appropriate information
- ✓ connect the child with loved ones and, if needed, social services

“LISTEN”

- ✓ approach the child and introduce yourself
- ✓ calm the child
- ✓ pay attention and listen actively
- ✓ accept and validate the child’s reactions and feelings
- ✓ ask about needs and concerns with age-appropriate questions
- ✓ help the child find solutions to their immediate needs and problem

Note: Adapted from *A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent societies* (pp. 58–61), by International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2018, IFRC Reference Centre for Psychosocial Support.

REFERENCES

- [1] World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
- [2] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2018). *A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent societies*. IFRC Reference Centre for Psychosocial Support.
Retrieved September 12, 2024, from <https://pscentre.org/?resource=a-guide-to-psychological-first-aid-for-red-cross-red-crescent-societies>



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Modul 3

Verbesserung der Fähigkeiten im Umgang mit den psychischen Gesundheitsbedürfnissen von Migrant:innen

*Ärzt:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, Pflegekräfte,
Sozialarbeiter:innen, Berater:innen, Betreuer:innen unbegleiteter
Minderjähriger und Ehrenamtliche*

*Inhalt verfasst von **Prolepsis** (Institut für Präventivmedizin, Umwelt- und Arbeitsgesundheit –
Griechenland), **Zadig** (Zadig Srl, società benefit – Italien) und der **Cyprus University of
Technology** (CUT, Zypern) und bearbeitet von **Prolepsis** (Griechenland)*

Letzte Aktualisierung: Dezember 2024

Modul:	Verbesserung der Fähigkeiten im Umgang mit den psychischen Gesundheitsbedürfnissen von Migrant:innen
Version:	Ärzt:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter:innen, Berater:innen, Betreuer:innen unbegleiteter Minderjähriger und Ehrenamtliche.
Verantwortliche Partner:	Prolepsis Institute, Zadig, CUT

Modulübersicht

Dieses Modul vermittelt Fachkräften und Ehrenamtlichen, die nicht als Dolmetscher:innen und Kulturmittler:innen in den jeweiligen Kontexten tätig sind (z. B. in der Medizin, Beratung, Sozialarbeit oder Gemeindefarbeit), die notwendigen Fähigkeiten und Strategien, um die psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Migrant:innen und Geflüchteten zu bewältigen. Es legt den Fokus auf effektive Kommunikation, kulturelles Bewusstsein, die Zusammenarbeit mit Fachkräften im Bereich Dolmetschen und kulturelle Mediation sowie interdisziplinäre Teamarbeit. Eine ergänzende Einheit am Ende des Moduls widmet sich den besonderen Umständen von migrierten Kindern und Jugendlichen, einschließlich unbegleiteter Minderjähriger. Einheit 3.1 konzentriert sich auf effektive Kommunikation, bietet Werkzeuge zum Aufbau von Empathie, Vertrauen und einer positiven Beziehung zu Migrant:innen und Geflüchteten und behandelt sprachliche sowie kulturelle Barrieren durch Techniken wie Gewaltfreie Kommunikation (GFK) und reflexive Praxis (*reflective practice*). Einheit 3.2 betont die Bedeutung von kulturellem Bewusstsein, fördert Selbstreflexion über Vorurteile und vermittelt kultursensible Ansätze in der Betreuung, mit einer Einführung in die strukturelle Kompetenz, um systemische Ungleichheiten anzugehen. Einheit 3.3 beschäftigt sich mit der Zusammenarbeit für eine effektive Dolmetsch- und Kulturvermittlung. Sie hebt die Rolle von Dolmetscher:innen und Kulturmittler:innen bei der Überbrückung sprachlicher und kultureller Barrieren hervor und bietet Richtlinien für die Teamarbeit in triadischen Kommunikationssituationen. Einheit 3.4 behandelt die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung und fördert integrierte Versorgungsansätze über verschiedene Berufsgruppen hinweg. Schließlich untersucht Einheit 3.5 die besondere Situation von Kindern und geht auf die psychischen und psychosozialen Bedürfnisse migrierter und geflüchteter Kinder ein. Dabei werden speziell angepasste Strategien entwickelt, um Sicherheit, Vertrauen und Engagement zu gewährleisten.

Lernziele des Moduls:

Nach Abschluss dieses Moduls sollten die Teilnehmenden in der Lage sein:

- Effektive Kommunikationsfähigkeiten einzusetzen, um Vertrauen, Empathie und eine positive Beziehung zu Migrant:innen und Geflüchteten aufzubauen.
- Nonverbale Kommunikation zu erkennen und gezielt einzusetzen, um die Bedeutung dieser Signale zu verstehen und eine vertrauensvolle Verbindung herzustellen.
- Effektive Kommunikationsstrategien anzuwenden, einschließlich der Nutzung von Gewaltfreier Kommunikation (GFK) und reflexiver Praxis.
- Kulturelles Bewusstsein und strukturelle Kompetenz zu nutzen, um psychosoziale Unterstützung an den individuellen Kontext anzupassen.
- Effizient mit Dolmetscher:innen und Kulturmittler:innen zusammenzuarbeiten und deren Rollen zu verstehen.
- Best Practices für triadische Kommunikation umzusetzen, um sprachliche und kulturelle Barrieren zu überbrücken.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern, indem die Rollen verschiedener Fachkräfte integriert werden, um eine umfassende psychosoziale Unterstützung für Migrant:innen und Geflüchtete bereitzustellen.
- Risikofaktoren und Schutzmechanismen sowie unterschiedliche Bedürfnisse und Stressreaktionen bei geflüchteten Kindern zu analysieren.
- Auf die besonderen Bedürfnisse von migrierten und geflüchteten Kindern einzugehen, indem altersgerechte Ansätze angewendet werden, die Sicherheit, Vertrauen und aktive Beteiligung gewährleisten.

Einheiten in diesem Modul:

Modul 3: Verbesserung der Fähigkeiten im Umgang mit den psychischen Gesundheitsbedürfnissen von Migrant:innen
Einheit 3.1: Effektive Kommunikation
Einheit 3.2: Kulturelle Bewusstheit (<i>Cultural Awareness</i>)
Einheit 3.3: Zusammenarbeit für effektives Dolmetschen und kulturelle Mediation
Einheit 3.4: Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der psychischen Gesundheit und psychosozialen Unterstützung
Einheit 3.5: Reaktion auf die besondere Situation von Kindern

Einheit 3.1: Effektive Kommunikation

Einheitsübersicht

Diese Einheit behandelt zentrale Themen der effektiven Kommunikation zur Unterstützung von Migrant:innen und Geflüchteten im Bereich der psychischen Gesundheit und psychosozialen Betreuung. Sie beginnt mit Strategien zum Aufbau von Empathie, Vertrauen und einer positiven Beziehung, gefolgt von der Rolle von Dolmetscher:innen und Kulturmittler:innen bei der Überwindung sprachlicher und kultureller Barrieren. Nonverbale Kommunikation wird untersucht, mit praktischen Beispielen für den Einsatz von Gestik, Tonfall und Körpersprache zur Verbesserung des Verständnisses. Reflexive Praxis wird eingeführt, um Fachkräften im Einsatz zu helfen, Selbstwahrnehmung zu entwickeln und ihre Kommunikationsansätze zu verbessern. Schließlich werden die Prinzipien der Gewaltfreien Kommunikation (GFK) – Beobachtungen, Gefühle, Bedürfnisse und Bitten – als Werkzeuge für klare und kooperative Interaktionen vorgestellt.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung](#)
2. [Zentrale Elemente effektiver Kommunikation](#)
3. [Prinzipien der Gewaltfreien Kommunikation \(GFK\)](#)

1. Einführung

Eine effektive Kommunikation ist in der psychischen Gesundheitsversorgung von Migrant:innen und Geflüchteten von entscheidender Bedeutung, da sie mit einzigartigen Herausforderungen und Erfahrungen konfrontiert sind [1,2]. Eine klare, einfühlsame und kultursensible Kommunikation ermöglicht es Fachkräften im Einsatz, Bedürfnisse präzise zu erfassen, Vertrauen aufzubauen und maßgeschneiderte Unterstützung zu bieten. Dies stellt sicher, dass sich die Menschen, mit denen wir arbeiten, gehört und

verstanden fühlen, was wiederum ihre aktive Teilnahme am Behandlungsprozess fördert und die psychische Gesundheit verbessert.

Darüber hinaus ist eine effektive Kommunikation unerlässlich, um Barrieren im Zugang zur Versorgung zu überwinden [3]. Sie erfordert mehrsprachige Ressourcen sowie ein tiefgehendes Verständnis der kulturellen Kontexte, die die Wahrnehmung und den Umgang mit psychischer Gesundheit beeinflussen (siehe auch Einheiten 2.1 & 2.3). Die Anerkennung und gezielte Bewältigung der Herausforderungen, die durch Sprachbarrieren entstehen, in Zusammenarbeit mit Dolmetscher:innen und Kulturmittler:innen, stärkt das Vertrauen und ermöglicht genauere sowie unterstützendere Interaktionen [4]. Ein respektvoller und offener Dialog hilft Fachkräften und Ehrenamtlichen dabei, Hindernisse wie die Angst vor Abschiebung, die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen oder praktische Probleme wie Arbeits- und Wohnungssuche zu erkennen und zu bewältigen [5].

Diese Einheit wird zentrale Elemente der effektiven Kommunikation untersuchen, darunter die Rolle der Empathie, den Aufbau von Vertrauen und Beziehungen, nonverbale Kommunikation und reflektierendes Denken [6-8]. Praktische Strategien zu jedem dieser Aspekte werden vorgestellt, um die Kommunikationsfähigkeiten von Fachkräften im Umgang mit Migrant:innen und Geflüchteten zu verbessern. Abschließend werden die Prinzipien der Gewaltfreien Kommunikation (GFK) erläutert.

2. Zentrale Elemente effektiver Kommunikation

Die Rolle von Empathie, Vertrauen und Beziehungsaufbau verstehen

Empathie („*empathy*“) bedeutet, die Gefühle einer anderen Person zu verstehen und nachzuempfinden. Sie ist entscheidend für den Aufbau von Vertrauen, das in diesem Training als eine auf Ehrlichkeit und Verlässlichkeit basierende Beziehung verstanden wird. Ein gutes Verhältnis zu entwickeln und eine echte Verbindung sowie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Fachkraft und der betreuten Person herzustellen, sind essenzielle Bestandteile dieses Prozesses [9,10]. Empathie ist unerlässlich, um Barrieren zu überwinden; sie hilft Menschen, schwierige Erfahrungen zu teilen, Ängste vor Autoritäten abzubauen und eine stabile Beziehung aufzubauen [9-12].

Empathie spielt eine zentrale Rolle in der Beziehung zwischen Fachkraft und Klient:in. Sie wird definiert als die Fähigkeit, die Erfahrungen und Bedürfnisse einer anderen Person zu verstehen, dieses Verständnis zu kommunizieren und zu bestätigen sowie darauf in einer unterstützenden und hilfreichen Weise zu reagieren [11]. Sie bildet die Grundlage aller Aktivitäten im Bereich der psychischen Gesundheit und des psychosozialen Wohlbefindens [9-11].

Obwohl zahlreiche wissenschaftliche Studien die Bedeutung von Empathie hervorheben, handeln Fachkräfte im Gesundheitswesen und andere relevante Berufsgruppen, die das psychische Wohlbefinden von Migrant:innen und Geflüchteten fördern, nicht immer empathisch auf die Bedürfnisse der betreuten Personen [13]. Zudem stellen Sprachbarrieren einen bedeutenden Risikofaktor dar, der die Qualität der erbrachten Versorgung beeinträchtigen kann. Einheit 3.3 wird die zentrale Rolle von Dolmetscher:innen und Kulturmittler:innen in der psychischen Gesundheitsversorgung von Migrant:innen und Geflüchteten beleuchten und aufzeigen, welche positiven Möglichkeiten ihre Präsenz in transkulturellen Interaktionen bietet [14].

Die Wirksamkeit von Empathie in der psychischen Gesundheitsversorgung beschränkt sich nicht nur auf das Verständnis individueller Erfahrungen, sondern auch darauf, wie dieses Verständnis kommuniziert und in die Praxis umgesetzt wird. Für Fachkräfte und Ehrenamtliche ist es entscheidend, die Fähigkeiten zu beherrschen, Empathie sowohl verbal als auch nonverbal auszudrücken. Dies umfasst die Anerkennung und den respektvollen Umgang mit den Gefühlen der betreuten Person sowie die Integration verschiedener Perspektiven [9]. Aufgrund der wechselseitigen Natur von Empathie, bei der sowohl die Fachkraft als auch die betreute Person sich gegenseitig beeinflussen, wird effektive Kommunikation zu einem dynamischen und interaktiven Prozess.

Das Kodierungssystem für empathische Kommunikation (Empathic Communication Coding System – ECCS)

Das **Kodierungssystem für empathische Kommunikation (Empathic Communication Coding System – ECCS)** ist ein validiertes Instrument zur Messung empathischer Kommunikation in Begegnungen zwischen Fachkräften und Klient:innen. Die folgende Tabelle kann als Rahmen dienen, um Fachkräften mehr

Klarheit darüber zu verschaffen, wie sie auf verschiedene Situationen reagieren [15]. Reaktionen, die rot markiert sind, gelten als unerwünschte Reaktionen, während grün markierte Reaktionen bevorzugt werden.

Kodierungssystem für empathische Kommunikation	
Leugnung/Zurückweisung (Denial/Disconfirmation)	Die Fachkraft ignoriert die empathische Gelegenheit, eine Verbindung zur Person herzustellen, oder äußert eine unangenehme Bemerkung.
Oberflächliche Anerkennung (Perfunctory Recognition)	Die Fachkraft gibt eine standardisierte, mechanische Antwort mit geringer empathischer Wirkung und minimaler Anerkennung.
Implizite Anerkennung (Implicit Recognition)	Die Fachkraft erkennt das Kernproblem der empathischen Gelegenheit nicht an, sondern konzentriert sich auf einen nebensächlichen Aspekt der Aussage und wechselt das Gesprächsthema.
Anerkennung (Acknowledgment)	Die Fachkraft erkennt das Kernproblem der empathischen Gelegenheit an, geht jedoch nur auf einen peripheren Teil der Aussage ein und wechselt anschließend das Gesprächsthema.
Nachgehen (Pursuit)	Die Fachkraft erkennt das zentrale Problem der empathischen Gelegenheit an und geht weiter darauf ein, indem sie der migrierten/geflüchteten Person Fragen stellt, Unterstützung oder Ratschläge gibt oder die geteilte Information weiter vertieft.
Bestätigung (Confirmation)	Die Fachkraft vermittelt der migrierten/geflüchteten Person, dass die geäußerten Emotionen oder Herausforderungen berechtigt und legitim sind.
Geteiltes Gefühl oder gemeinsame Erfahrung (Shared Feeling or Experience)	Die Fachkraft teilt mit, dass sie dieselben Emotionen empfindet oder eine ähnliche Erfahrung oder Herausforderung durchlebt hat.

Hinweis: Inhalt vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von Bylund (2005) angepasst.

Aufbau von Vertrauen und einer vertrauensvollen Beziehung

© **Hauptpunkt:** Die Bedeutung des Aufbaus von Vertrauen und einer vertrauensvollen Beziehung

Der Aufbau von Vertrauen ist aus mehreren entscheidenden Gründen unerlässlich:

- ◆ Migrant:innen und Geflüchtete stammen oft aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und sprechen die Landessprache möglicherweise nicht fließend. Diese Unterschiede können erhebliche Barrieren beim Zugang zur Versorgung schaffen. Durch den Aufbau von Vertrauen können Fachkräfte im Einsatz diese

Lücken überbrücken und sicherstellen, dass sich Migrant:innen und Geflüchtete gehört und verstanden fühlen [16].

- ◆ Viele Migrant:innen und Geflüchtete haben schwerwiegende Belastungen erlebt – darunter Krieg, Verfolgung, wirtschaftliche Not oder gefährliche Fluchtwege auf der Suche nach Sicherheit. Diese Erfahrungen können ein verstärktes Gefühl der Verletzlichkeit und des Misstrauens hervorrufen. Vertrauen ist entscheidend, damit sie sich sicher und unterstützt fühlen, um ihre Erlebnisse und Gefühle zu teilen. Ohne Vertrauen könnten sie zögern, sich zu öffnen, was den therapeutischen Prozess behindert und ihre Fähigkeit zur Heilung und Erholung einschränkt [9–12].
- ◆ Migrant:innen und Geflüchtete können aufgrund negativer Erfahrungen in ihren Herkunftsländern oder während ihrer Flucht Misstrauen gegenüber Behörden haben. Dieses Misstrauen kann sich auch auf Fachkräfte und Ehrenamtliche übertragen, was es ihnen erschwert, psychische Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung hilft, diese Ängste abzubauen, sodass Migrant:innen und Geflüchtete eher bereit sind, sich auf die angebotene Unterstützung einzulassen. Dies kann besonders wichtig sein, um sie zur Teilnahme an einer fortlaufenden Therapie und zur Einhaltung von Behandlungsplänen zu motivieren [17].
- ◆ Eine starke Beziehung verbessert die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen, da sie Zusammenarbeit, gegenseitigen Respekt und ein gemeinsames Engagement für die Behandlungsziele fördert. Wenn Betroffene spüren, dass sich die Fachkräfte wirklich um ihr Wohlbefinden kümmern und an ihrer Genesung interessiert sind, steigt ihre Motivation, aktiv an ihrer psychischen Gesundheitsversorgung teilzunehmen.

Praktische Strategien und Techniken zum Aufbau von Vertrauen mit Migrant:innen und Geflüchteten

Vertrauen: im Kontext der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten bezeichnet Vertrauen die Überzeugung, dass die betreuende Fachkraft (z. B. Sozialarbeiter:in oder Gesundheitsfachkraft) verlässlich, ehrlich und aufrichtig am Wohl der betreuten Personen interessiert ist. Vertrauen bedeutet, eine sichere und unterstützende Umgebung zu schaffen, in der Migrant:innen und Geflüchtete darauf vertrauen können, dass ihre Bedürfnisse und Anliegen mit Respekt und Vertraulichkeit behandelt werden [18].

Praktisches Beispiel: Um Vertrauen aufzubauen, kann eine Sozialarbeiter:in konsequent zugesagte Versprechen einhalten, beispielsweise indem sie Ressourcen oder Informationen innerhalb des vereinbarten Zeitrahmens bereitstellt. Zudem kann sie Empathie zeigen, indem sie aktiv der Geschichte einer geflüchteten Person zuhört und damit signalisiert, dass sie deren Erfahrungen und Emotionen wertschätzt und respektiert.

Vertrauensvolle Beziehung: bezieht sich auf die positive Beziehung und das gegenseitige Verständnis zwischen der betreuenden Fachkraft und der betreuten Person. Sie umfasst den Aufbau einer Verbindung, die offene Kommunikation und Zusammenarbeit fördert, sodass sich die Person gehört, verstanden und respektiert fühlt [19].

Praktisches Beispiel: Eine Gesundheitsfachkraft kann eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen, indem sie kulturell sensible Kommunikation verwendet, nach dem Wohlbefinden der Person fragt und aufrichtiges Interesse an ihrem kulturellen Hintergrund sowie ihren persönlichen Erfahrungen zeigt. Dies kann dazu beitragen, dass sich die migrierte oder geflüchtete Person wohler fühlt und wichtige gesundheitsbezogene Informationen leichter mitteilt.

Wie in Einheit 3.3 weiter erläutert wird, sind Dolmetscher:innen und Kulturmittler:innen wesentlich, um sprachliche und kulturelle Barrieren zu überbrücken, da sie eine präzise und nuancierte Kommunikation zwischen Migrant:innen oder Geflüchteten und Fachkräften ermöglichen [20]. Sie übersetzen nicht nur Wörter, sondern vermitteln auch kulturelle Kontexte, die für das Verständnis entscheidend sind. Sie spielen eine zentrale Rolle beim Aufbau von Vertrauen und einer positiven Beziehung, indem sie sicherstellen, dass sich die betreute Person in ihrer eigenen Sprache verstanden und respektiert fühlt – ein entscheidender Faktor für eine effektive Unterstützung.

Die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation

Nonverbale Kommunikation („Nonverbal Communication“): bezieht sich auf die Übermittlung von Botschaften oder Informationen ohne Worte. Dazu gehören Mimik, Gestik, Körperhaltung, Blickkontakt, Stimmlage und andere Ausdrucksformen der Körpersprache [21, 22]. Nonverbale Kommunikation ist besonders im Bereich der psychischen Gesundheit von großer Bedeutung, da Migrant:innen und Geflüchtete oft mit belastenden Emotionen wie Stress oder Angst umgehen müssen. Diese Personen

haben möglicherweise nicht immer die passenden Worte, um ihre Gefühle auszudrücken, oder sie zögern, offen zu sprechen – sei es aufgrund kultureller Normen oder aus Angst vor Stigmatisierung [3, 19, 21-23].

⊙ **Hauptpunkt: Praktische Beispiele für nonverbale Kommunikation**

- ◆ **Mimik:** eine Fachkraft kann mit einem ruhigen und einfühlsamen Gesichtsausdruck einer Person, die eine schwierige Erfahrung teilt, Sicherheit vermitteln. Ein sanftes Lächeln oder ein zustimmendes Nicken kann Verständnis und Unterstützung ausdrücken, ohne dass Worte nötig sind.
- ◆ **Körpersprache:** eine offene und entspannte Körperhaltung, z. B. direkt der betreuten Person zugewandt zu sitzen und die Arme nicht zu verschränken, kann dazu beitragen, dass sich die Person wohler fühlt. Sie signalisiert, dass die Fachkraft ansprechbar und präsent ist.
- ◆ **Blickkontakt:** ein angemessener Blickkontakt (unter Berücksichtigung kultureller Sensibilitäten) zeigt, dass die Fachkraft aufmerksam zuhört und die Aussagen der betreuten Person wertschätzt. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass direkter Blickkontakt in einigen Kulturen als respektlos oder einschüchternd empfunden werden kann.
- ◆ **Stimmlage:** ein beruhigender und ruhiger Tonfall kann helfen, eine Situation zu entschärfen, in der sich eine Person überfordert oder belastet fühlt. Selbst wenn Sprachbarrieren bestehen, kann die Tonlage Fürsorge und Mitgefühl vermitteln.
- ◆ **Gesten:** einfache Gesten wie das Anbieten eines Taschentuchs, ein sanftes Berühren der Hand (falls kulturell angemessen) oder der gezielte Einsatz von Handzeichen zur Gesprächsführung können Unterstützung und Verständnis ausdrücken, wenn Worte fehlen.

Nonverbale Signale können dazu beitragen, die Lücke zwischen der Fachkraft und der betreuten Person zu überbrücken, sodass sich Migrant:innen oder Geflüchtete sicherer und besser verstanden fühlen – selbst wenn sie ihre Gefühle oder Erfahrungen nicht vollständig in Worte fassen können [24, 25].

Ein Verständnis für kulturelle Unterschiede in der nonverbalen Kommunikation sowie Sensibilität im Umgang damit sind ebenfalls entscheidend. Eine in einer Kultur als tröstlich empfundene Geste kann in einer anderen missverstanden werden, weshalb Fachkräfte im Einsatz kulturelle Achtsamkeit walten

lassen und nonverbale Signale (z. B. einen Händedruck) entsprechend anpassen sollten. Die Interaktion zwischen einer Fachkraft und einer migrierten oder geflüchteten Person wird maßgeblich durch nonverbale Verhaltensweisen und Signale beeinflusst [21, 22, 25].

Aufmerksamkeit:	Bezieht sich auf die Fähigkeit der Fachkraft, sich vollständig auf die aktuelle Interaktion zu konzentrieren. Wenn Migrant:innen oder Geflüchtete das Gefühl haben, dass die Fachkraft abgelenkt oder desinteressiert ist, wird die Vertrauensbasis geschwächt. Um Interesse zu zeigen, sollte die Fachkraft der Person ihre volle Aufmerksamkeit schenken, Blickkontakt halten und durch Nicken zum weiteren Austausch ermutigen.
Positivität-Negativität:	Bezieht sich auf den emotionalen Ton der Interaktion und darauf, wie die Fachkraft und die migrierte oder geflüchtete Person aufeinander reagieren. Es geht darum, ob beide die Interaktion als positiv erleben. Dies zeigt sich durch nonverbale Signale wie Vorlehnen oder eine offene Körperhaltung. Negative Signale wie Gleichgültigkeit können eine Barriere für eine effektive psychische Gesundheitsversorgung darstellen.
Koordination:	Bezieht sich auf das Spiegeln nonverbaler Signale, wie Blickkontakt, gegenseitiges Lächeln oder angeglichene Körperhaltung. Dies stärkt die Beziehungsebene und fördert das Engagement sowohl der Fachkraft als auch der migrierten oder geflüchteten Person.
Beobachtung:	Bezieht sich auf die Fähigkeit der Fachkraft, das Risiko einzuschätzen, ob sich die migrierte oder geflüchtete Person selbst oder anderen Schaden zufügen könnte.

Hinweis: Inhalt angepasst vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von Folie & Gentile (2010).

Nonverbale Verhaltensweisen sind für Fachkräfte im Einsatz von entscheidender Bedeutung, da sie helfen können, das Risiko einer Selbst- oder Fremdgefährdung einzuschätzen. Beispielsweise würde eine migrierte Person, die eine Vorgeschichte von Selbstverletzungen verneint, aber Narben an den Unterarmen aufweist, als höher gefährdet für zukünftige Selbstverletzungen oder unbeabsichtigten Suizid gelten. Andererseits könnte eine Person, die sich über eine unfreiwillige Einweisung ins Krankenhaus aufregt, ihre Wut durch nonverbale Signale ausdrücken, etwa durch lautes Sprechen, geballte Fäuste usw. Die Fachkraft oder Ehrenamtliche sollte diese nonverbalen Verhaltensweisen genau beobachten und präventive Maßnahmen ergreifen, um eine Eskalation der belastenden Gefühle zu verhindern.

Es ist wichtig, dass die Fachkraft sorgfältig Veränderungen im psychischen Zustand der Person beobachtet, um die Ursachen von Verhaltensänderungen besser zu verstehen. Jede Abweichung vom gewohnten Verhalten und Auftreten einer Person erfordert besondere Aufmerksamkeit und weitergehende Untersuchung. Dies ist besonders relevant, da nonverbale Signale größtenteils unbewusst erfolgen und

daher oft tiefere Einblicke in den tatsächlichen emotionalen Zustand einer Person geben. Veränderungen in nonverbalen Ausdrucksweisen während Therapiesitzungen können für Gesundheitsfachkräfte ein Hinweis darauf sein, dass die Person möglicherweise noch nicht bereit ist, bestimmte Themen zu bearbeiten. Einheit 2.3 kann hilfreich sein, um verschiedene Screening- und Bewertungsansätze mit nonverbaler Kommunikation zu verknüpfen.

Reflexive Praxis („Reflective Practice“)

Reflexive Praxis („reflective practice“) ist ein wesentlicher Bestandteil effektiver Kommunikation zwischen Fachkräften im Einsatz und Migrant:innen oder Geflüchteten. Sie ermöglicht es Fachkräften und Ehrenamtlichen, sich selbst bewusster zu werden, Vorurteile zu reduzieren und ihre Fähigkeiten sowie Herangehensweisen kontinuierlich zu verbessern. Reflexive Praxis basiert auf der Unterscheidung zwischen der eigenen Welt und der der betreuten Person. Fehlt dieses Bewusstsein, läuft die Fachkraft Gefahr, ihre eigene Perspektive mit der der Migrant:innen oder Geflüchteten zu vermischen, Mitgefühl („Sympathie“) statt Einfühlungsvermögen („Empathie“) zu zeigen und damit ihre professionelle oder ehrenamtliche Rolle zu verlassen [26].

Wenn jemand Sympathie empfindet, stellt er sich vor, wie er sich in der Situation einer anderen Person fühlen würde. Empathie hingegen bedeutet, zu verstehen, wie es tatsächlich ist, diese Person zu sein – ihre Gefühle und Perspektive nachzuvollziehen, ohne sie nur zu bemitleiden [27]. Die bewusste Betonung von Empathie durch Fachkräfte im Einsatz fördert eine bessere Kommunikation und schafft notwendige emotionale Unterstützung für Menschen, die möglicherweise an ungleiche Behandlung gewöhnt sind [28].

Reflexive Praxis beinhaltet den kontinuierlichen Prozess der Selbstreflexion und Bewertung der eigenen Erfahrungen, Gedanken und Handlungen, um persönliches und berufliches Wachstum zu fördern. Im Kontext der psychischen Gesundheit von Geflüchteten und Migrant:innen ist reflexive Praxis aus mehreren Gründen besonders wichtig. Sie ermöglicht es Einzelpersonen oder Teams, ihre Gefühle und Emotionen zu steuern und die Kontrolle zu behalten, anstatt von ihnen überwältigt zu werden. Das Wissen darüber, wie bestimmte Situationen auf uns wirken können, gibt uns die Möglichkeit, vorausschauend zu planen und sich darauf vorzubereiten.

Reflexive Praxis ist ein fortlaufender Prozess, der niemals vollständig abgeschlossen ist. Daher sollte die Selbstbewertung in regelmäßigen Abständen erfolgen. Dieser Evaluationsprozess hilft uns, zu erkennen, wie weit wir bereits gekommen sind, welche Aspekte noch verbessert werden müssen und welche Schritte wir unternehmen können, um unsere Ziele zu erreichen [29]. Dieses Thema wird in Modul 4 „Selbstfürsorge und Wohlbefinden des Personals“ weiter vertieft.

⊙ **Hauptpunkt:** *Warum ist reflexive Praxis so wichtig?*

- ◆ Reflexive Praxis hilft Fachkräften im Einsatz, sich ihrer eigenen Vorurteile, Annahmen und kulturellen Perspektiven bewusster zu werden, die ihre Interaktionen mit Migrant:innen und Geflüchteten erheblich beeinflussen können. Durch regelmäßige Reflexion über ihre Gedanken, Worte und Handlungen können Fachkräfte unbewusste Vorurteile oder kulturelle Missverständnisse erkennen und abbauen, die eine effektive Kommunikation behindern könnten.
- ◆ Reflexive Praxis verbessert die Qualität der Unterstützung für Migrant:innen und Geflüchtete, indem sie kontinuierliches Lernen und Verbesserung fördert. Sie ermutigt Fachkräfte dazu, ihre Methoden und Ergebnisse kritisch zu hinterfragen, Feedback einzuholen und ihre Strategien anzupassen, um den Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe besser gerecht zu werden. In dem dynamischen und oft herausfordernden Bereich der psychischen Gesundheit von Migrant:innen und Geflüchteten sind diese Anpassungsfähigkeit und das Engagement für kontinuierliche Weiterbildung entscheidend, um eine effektive und bedarfsgerechte Betreuung zu gewährleisten.

3. Prinzipien der Gewaltfreien Kommunikation (GFK)

→ **VIDEO:** [Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall Rosenberg \(Video auf Englisch\)](#) 

Die Gewaltfreie Kommunikation – GFK („Non-violent Communication“ - NVC), entwickelt von Marshall Rosenberg, ist ein Kommunikationsmodell, das Empathie, Verständnis und eine einfühlsame Verbindung in den Mittelpunkt stellt [30]. Sie besteht aus vier zentralen Komponenten: Beobachtungen, Gefühle, Bedürfnisse und Bitten. Ziel der GFK ist es, durch die Fokussierung auf diese Elemente Missverständnisse und Konflikte zu reduzieren und effektivere sowie harmonischere Interaktionen zu ermöglichen [31, 32].

Im Folgenden werden die einzelnen Komponenten näher erläutert, ergänzt durch konkrete Handlungsansätze und Beispiele.

1. **Beobachtungen:** das Erkennen und Formulieren konkreter, objektiver Handlungen oder Ereignisse, die unser Wohlbefinden beeinflussen. Diese Beobachtungen sollten frei von Bewertungen oder Interpretationen sein und sich ausschließlich auf das konzentrieren, was tatsächlich gesehen oder gehört werden kann.

Anwendung: Ein:e Fachkraft könnte beispielsweise beobachten: „Ich habe bemerkt, dass Sie in unserer letzten Sitzung erwähnt haben, dass Sie Schwierigkeiten beim Schlafen haben und sich ständig angespannt fühlen.“ Indem die Fachkraft klar formuliert, was sie beobachtet hat, ohne eine Bewertung vorzunehmen, schafft sie die Grundlage für ein offenes und nicht bedrohliches Gespräch.

2. **Gefühle:** die emotionalen Reaktionen, die wir in Bezug auf unsere Beobachtungen haben. Das Ausdrücken dieser Gefühle hilft, eine Verbindung zur emotionalen Realität der Situation herzustellen.

Anwendung: nach der Beobachtung ist es wichtig, dass die Feldmitarbeitenden darüber nachdenken, wie dies ihre eigenen Gefühle und die möglichen Gefühle der Migrant:innen oder Geflüchteten beeinflusst. Zum Beispiel: „Wenn ich höre, dass du Probleme beim Schlafen hast, mache ich mir Sorgen, weil ich verstehe, wie wichtig Ruhe für dein allgemeines Wohlbefinden ist.“ Das Anerkennen und Benennen von Gefühlen validiert die emotionale Erfahrung der Menschen. Wenn Dienstleister:innen offen ihre eigenen Sorgen teilen, menschlicht dies die Interaktion und fördert eine tiefere emotionale Verbindung.

3. **Bedürfnisse:** die zugrunde liegenden Bedürfnisse, Werte oder Wünsche, die unsere Gefühle antreiben. Das Erkennen dieser Bedürfnisse hilft dabei, zu verstehen, warum wir uns auf eine bestimmte Weise fühlen und was notwendig sein könnte, um diese Gefühle zu adressieren.

Anwendung: zum Beispiel könnte die Fachkraft sagen: „Ich glaube, dass Ihre Schlafprobleme mit einem Bedürfnis nach Sicherheit und Stabilität zusammenhängen, was in deiner aktuellen Lebenssituation verständlicherweise herausfordernd ist.“ Indem Gefühle mit unerfüllten Bedürfnissen in Verbindung gebracht werden, zeigen Fachkräfte ein tieferes Verständnis für die Herausforderungen, mit denen die Person konfrontiert ist. Dies hilft nicht nur dabei, die Ursachen der

Belastung anzugehen (siehe auch Einheiten 1.2 und 1.3), sondern zeigt auch, dass die Dienstleister:innen auf den breiteren Lebenskontext der Person abgestimmt sind.

4. **Anfragen:** sind spezifische, umsetzbare und respektvolle Bitten, die gestellt werden, um die identifizierten Bedürfnisse zu erfüllen. Diese Anfragen werden so formuliert, dass sie Zusammenarbeit ermöglichen und die Autonomie der anderen Person respektieren.

Anwendung: nachdem die Bedürfnisse identifiziert wurden, kann die Fachkraft eine spezifische Anfrage stellen, die darauf abzielt, diese zu erfüllen. Zum Beispiel: „Würdest du bereit sein, einige Entspannungstechniken oder Erdungsübungen auszuprobieren, die möglicherweise helfen könnten, Ihren Schlaf zu verbessern?“ Klare, umsetzbare Anfragen stärken Migrant:innen und Geflüchteten, indem sie in ihre eigene Betreuung einbezogen werden. Es zeigt Respekt für ihre Autonomie und anerkennt ihre Fähigkeit, Schritte zur Verbesserung ihres Wohlbefindens zu unternehmen. Dieser kollaborative Ansatz geht nicht nur auf unmittelbare Anliegen ein, sondern stärkt auch die Gesamtbeziehung, indem er die Idee verstärkt, dass die Dienstleister:innen da sind, um zu unterstützen, nicht zu bevormunden.

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Nithianandan, N., Gibson-Helm, M., McBride, J., & others. (2016). Factors affecting implementation of perinatal mental health screening in women of refugee background. *Implementation Science*, 11, 150. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0515-2>
- [2] Brown, C. M., Tilson, E. C., & Manzur, F. (2021). Effective communication with refugees and immigrants. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 48(1), 23-34.
- [3] Krystallidou, D., Temizöz, Ö., Wang, F., de Looper, M., Di Maria, E., Gattiglia, N., Giani, S., Hieke, G., Morganti, W., Pace, C. S., Schouten, B., & Braun, S. (2024). Communication in refugee and migrant mental healthcare: A systematic rapid review on the needs, barriers and strategies of seekers and providers of mental health services. *Health Policy*, 139, 104949. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104949>
- [4] World Health Organization. (2023). *Refugee and migrant health toolkit*. <https://www.who.int/tools/refugee-and-migrant-health-toolkit>
- [5] Peñuela-O'Brien, E., Wan, M. W., Edge, D., & Berry, K. (2023). Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative systematic review. *Transcultural Psychiatry*, 60(1), 176-198. <https://doi.org/10.1177/13634615211067360>
- [6] Lau, L. S., & Rodgers, G. (2021). Cultural Competence in Refugee Service Settings: A Scoping Review. *Health equity*, 5(1), 124-134. <https://doi.org/10.1089/heq.2020.0094>
- [7] Ward, A., Andrews, L., Black, A., & Williamson, A. E. (2023). Communicating effectively with inclusion health populations: 2022 ICCH symposium. *Patient Education and Counseling*, 117, Article 107977. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107977>
- [8] UN High Commissioner for Refugees. (2016). *Community-based protection in action: Effective & respectful communication in forced displacement*. <https://www.refworld.org/policy/opguidance/unhcr/2016/en/110175>
- [9] IOM. (2021). *Mental health and psychosocial support for resettled refugees*. <https://eca.iom.int/resources/mental-health-and-psychosocial-support-resettled-refugees>
- [10] Santhanam-Martin, R. (2020). Re-building trust and connectedness in exile: The role of health and social institutions. In L. De Haene & C. Rousseau (Eds.), *Working with refugee families: Trauma and exile in family relationships* (pp. 265-276). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108602105.018>
- [11] Krystallidou, D., Remael, A., de Boe, E., Hendrickx, K., Tsakitzidis, G., van de Geuchte, S., & Pype, P. (2018). Investigating empathy in interpreter-mediated simulated consultations: An explorative study. *Patient Education and Counseling*, 101(1), 33-42. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.07.022>
- [12] Hanewald, B., Knipper, M., Daub, J., Ebert, S., Bogdanski, C., Hinder, L., Hall, M., Berthold, D., & Stingl, M. (2022). Addressing the Mental Health Challenges of Refugees-A Regional Network-Based Approach in Middle Hesse Germany. *International journal of environmental research and public health*, 19(20), 13436. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013436>

- [13] Yalim, A.C., Boyd, K. & Sualp, K. “Sometimes that Takes You Going the Extra Mile”: The Role of Providers’ Self-efficacy in Refugee Mental Health Services. *Community Mental Health Journal*, 59, 512–522 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01035-4>
- [14] Verrept H. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for migrants and refugees in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. (*Health Evidence Network Synthesis Report*, No. 64.) 2. RESULTS. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550148/>
- [15] Bylund, C., & Makoul, G. (2005). Examining empathy in medical encounters: An observational study using the empathic communication coding system. *Health Communication*, 18(2), 123–140. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1802_2
- [16] UNHCR. (2024). Integration Handbook for Resettled Refugees. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/>
- [17] AASW, NSW RHS, STARTTS. (2022). Working with people from refugee backgrounds: A guide for Social Workers, Australian Association of Social Workers (AASW), NSW Refugee Health Service (NSW RHS), & Service for the Treatment and Rehabilitation of Torture and Trauma Survivors (STARTTS), Sydney edition 2.
- [18] D'Alonzo, K. T., & Greene, L. (2020). Strategies to establish and maintain trust when working in immigrant communities. *Public Health Nursing*, 37(5), 764–768. <https://doi.org/10.1111/phn.12764>
- [19] Mental health of migrants and refugees: risk and protective factors and access to care. Geneva: World Health Organization. (2023). *Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [20] Tribe, R., & Thompson, K. (2022). Working with interpreters when working with forced migrants in mental health. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 34(6), 613–621. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2073202>
- [21] Hussein, B., & Mahmood, R. K. (2020). The types of nonverbal communication cues with reference to refugeeism. *Journal of Raparin University*, 7(2), 159–182. [https://doi.org/10.26750/Vol\(7\).No\(2\).paper8](https://doi.org/10.26750/Vol(7).No(2).paper8)
- [22] Rogers, R. (2024). Non-verbal communication & cultural differences for Afghan refugee youth facilitators. U.S. Committee for Refugees and Immigrants. https://refugees.org/wp-content/uploads/2024/03/USCRI-FieldTeams_nonverbalcommunication.pdf
- [23] Patel, P., Bernays, S., Dolan, H., Muscat, D. M., & Trevena, L. (2021). Communication Experiences in Primary Healthcare with Refugees and Asylum Seekers: A Literature Review and Narrative Synthesis. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1469. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041469>
- [24] Santhanam-Martin, R. (2020). Re-building trust and connectedness in exile: The role of health and social institutions. In L. De Haene & C. Rousseau (Eds.), *Working with refugee families: Trauma and exile in family relationships* (pp. 265–276). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108602105.018>
- [25] Tickle-Degnen, L., & Rosenthal, R. (1990). The Nature of Rapport and Its Nonverbal Correlates. *Psychological Inquiry*, 1(4), 285–293. <http://www.jstor.org/stable/1449345>
- [26] Prosser, M., Stephenson, T., Mathur, J. et al. Reflective practice and transcultural psychiatry peer e-learning between Somaliland and the UK: a qualitative evaluation. *BMC Med Educ* 21, 58 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02465-y>

- [27] Burnard, P. (1992). Self-awareness skills. In *Effective communication skills for health professionals* (Therapy in Practice Series, Vol. 28). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-4511-2_12
- [28] Sklavou, K. (2019). A theoretical approach to intercultural counseling through social work practice. *Peer Reviewed Journal of Forensic & Genetic Sciences*, 3(4). <https://doi.org/10.32474/PRJFGS.2019.03.000167>.
- [29] Jack, K., & Miller, E. (2008). Exploring self-awareness in mental health practice. *Mental Health Practice*, 12(3), 31–35. <https://doi.org/10.7748/mhp2008.11.12.3.31.c6803>
- [30] Rosenberg, M. B. (2003). *Nonviolent communication: A language of life* (2nd ed.). PuddleDancer Press.
- [31] Alshughry, Usama. (2018). Non-violent communication and theatre of the oppressed: A case study with Syrian refugee women from the Kareemat Centre in Turkey. *Intervention* 16(2), 170-174, https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_45_18
- [32] Rehema Zaid Obuyi. (2021). Enhancing Capacities in Nonviolent Communication to Change Perceptions and Addressing Root, Proximate and Tertiary Causes of Ethiopia's Tigray Crisis. *International and Public Affairs*, 5(1), 11-18. <https://doi.org/10.11648/j.ipa.20210501.13>

Einheit 3.2: Kulturelle Bewusstheit (*Cultural Awareness*)

Einheitsübersicht

Diese Einheit untersucht das Konzept der kulturellen Bewusstheit im Kontext der psychischen Gesundheit und psychosozialen Unterstützung für Migrant:innen und Geflüchteten. Sie betont die Bedeutung der Selbstreflexion und des Verständnisses der eigenen kulturellen Identität, während gleichzeitig Sensibilität für die kulturellen Erfahrungen und Bedürfnisse anderer gewahrt wird. Die Einheit fordert Feldmitarbeitende dazu auf, über kulturelle Kompetenz hinauszugehen und einen flexiblen, empathischen Ansatz zu verfolgen, der die Pflege an die vielfältigen Werte, Überzeugungen und Verhaltensweisen der zu Betreuenden anpasst. Strukturkompetenz wird ebenfalls als ein Rahmen diskutiert, der über kulturelle Bewusstheit hinausgeht, indem er aufzeigt, wie Machtverhältnisse, Diskriminierung und soziale Strukturen die psychische Gesundheit beeinflussen. Dieser Ansatz fördert interdisziplinäre Perspektiven, strukturelle Interventionen und Demut, um die Grenzen der Expertise der Feldmitarbeitenden bei der Bekämpfung systemischer Ungleichheiten anzuerkennen.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung](#)
2. [Kulturelle Bewusstheit \(*Cultural Awareness*\)](#)
3. [Strukturelle Kompetenz \(*Structural Competence*\) im Umgang mit Migrant:innen und Geflüchteten](#)

1. Einführung

Im Kontext der psychischen Gesundheit und psychosozialen Unterstützung sind **kulturelle Kompetenz** („*cultural competence*“) und **kulturelle Bewusstheit** („*cultural awareness*“) zentrale Konzepte, aber sie repräsentieren unterschiedliche Ansätze. Kulturelle Kompetenz umfasst den Erwerb spezifischen Wissens über verschiedene Kulturen, die Entwicklung von Fähigkeiten zur effektiven Kommunikation über

kulturelle Grenzen hinweg und das Zeigen respektvoller Einstellungen gegenüber kulturellen Unterschieden [1]. Während Fachkräfte die Bedeutung der Kultur anerkennen, haben sie oft Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung, da es an klaren Richtlinien und operativer Klarheit mangelt. Zudem wurden Ansätze zur kulturellen Kompetenz dafür kritisiert, kulturelle Merkmale zu stark zu betonen, Kultur mit Ethnizität, Staatsangehörigkeit oder Sprache zu vermengen und komplexe menschliche Verhaltensweisen auf Stereotype zu reduzieren. Der Begriff „Kompetenz“ wird zunehmend abgelehnt, da er einen technischen Endpunkt oder eine Lösung impliziert, anstatt einen fortlaufenden Prozess und eine Verpflichtung darzustellen. Viele Lehrpläne zur kulturellen Kompetenz haben Kultur auf eine Liste von Merkmalen reduziert, was zu Stereotypisierungen führt [2].

Bei der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten wird zunehmend kulturelle Bewusstheit bevorzugt. Dies liegt daran, dass es Fachkräften ermöglicht, ihren Ansatz dynamisch anzupassen und auf die einzigartigen Erfahrungen und Bedürfnisse jedes Einzelnen zu reagieren, anstatt sich auf ein festes Set kultureller Kompetenzen zu stützen. Dieser dynamische und reflektierte Ansatz führt oft zu einer effektiveren und respektvolleren psychosozialen Unterstützung für Migrant:innen und Geflüchteten. Das komplexe Zusammenspiel zwischen Kultur und psychischer Gesundheit wurde in Einheit 2.1 behandelt; hier bieten wir praktische Möglichkeiten für Feldmitarbeitende, ihre Arbeit und ihr alltägliches Verhalten aus einer kulturell bewussten Perspektive anzupassen.

2. Kulturelle Bewusstheit (*Cultural Awareness*)

Kulturelle Bewusstheit konzentriert sich auf das Verständnis des Individuums über die eigene kulturelle Identität und darauf, wie diese die Interaktionen mit anderen beeinflusst. Sie umfasst Selbstreflexion, um persönliche Vorurteile zu erkennen und zu verstehen, wie diese die Wahrnehmung von Migrant:innen und Geflüchteten aus unterschiedlichen Hintergründen beeinflussen [3]. Kulturelle Bewusstheit betont Offenheit und Sensibilität gegenüber kulturellen Unterschieden, ohne dass umfangreiches Wissen über andere Kulturen notwendig ist. Im Hinblick auf die Reaktion auf psychische Gesundheits- und psychosoziale Bedürfnisse liegt der Fokus der kulturellen Bewusstheit auf der Fähigkeit von Fachkräften und Ehrenamtlichen, Pflege zu leisten, die die unterschiedlichen Werte, Überzeugungen und

Verhaltensweisen von Migrant:innen und Geflüchteten respektiert, während der Dienst an ihre sozialen, kulturellen und sprachlichen Bedürfnisse angepasst wird. Dies ermutigt Fachkräfte dazu, flexibel, empathisch zu bleiben und mit Migrant:innen und Geflüchteten auf einer persönlicheren Ebene zu interagieren.

Fachkräfte, die mit Menschen aus verschiedenen kulturellen und sprachlichen Hintergründen arbeiten, müssen sich ihrer eigenen kulturellen Annahmen und Vorurteile bewusst sein, über kulturelle Fähigkeiten und Wissen verfügen und offen für unterschiedliche kulturelle Perspektiven auf psychische Gesundheitsprobleme bleiben [4]. Dies umfasst das Erkennen unterschiedlicher Werte, das Vermeiden von Stereotypen und die Auswahl von Behandlungen, die dem kulturellen Hintergrund der Person entsprechen [5]. Effektive Interventionen verwenden kulturell angemessene Methoden, um mit Individuen in Kontakt zu treten, und achten auf kulturelle Systeme und Werte auf eine Weise, die die Genesung von psychischen Erkrankungen fördert [6].

© **Hauptpunkt: Praktische Tipps für kulturelle Bewusstheit**

Wichtige Punkte für den Umgang mit Migrant:innen und Geflüchteten

- ◆ Reflektieren Sie kritisch über Ihre eigene Kultur, Überzeugungen, Vorurteile und Werte und überlegen Sie, wie dies Ihre Einstellungen, Verhaltensweisen und Interaktionen mit Migrant:innen und Geflüchteten beeinflusst. Sie könnten Werkzeuge wie die [Interkulturelle Sensibilitätsskala \(Intercultural Sensitivity Scale\)](#) oder den [Harvard University Implicit Bias Test](#) nutzen. Beurteilen Sie, wie Ihre Kultur, Rasse, Ethnizität, Geschlecht und Klasse im Verhältnis zu denen der Person stehen, die Sie unterstützen, und erkennen Sie bestehende Machtungleichgewichte an.
- ◆ Respektieren und schätzen Sie kulturelle Unterschiede. Vermeiden Sie einen Einheitsansatz (d. h. alle gleich zu behandeln) oder Annahmen, Verallgemeinerungen, Stereotype oder Urteile über andere Kulturen.
- ◆ Denken Sie daran, dass Kultur fließend und nicht starr ist! Sie ist komplex, dynamisch und nicht homogen innerhalb einer Population.
- ◆ Erkennen Sie Ihre Grenzen an: Verstehen Sie, wann und wo Sie fachliche Unterstützung einholen oder Migrant:innen und Geflüchtete an geeignetere Dienste weiterverweisen sollten.

- ◆ Fordern Sie relevante Schulungen und Fortbildungen an: Bitten Sie um Schulungen und Kapazitätsaufbau, auch durch regelmäßige Supervision. Setze dich für die Verbesserung der Dienstleistungen durch systematische Evaluierungen und Feedback ein.
- ◆ Wir sind keine Beobachter:innen; wir spielen eine aktive Rolle in der Qualität der innerhalb der Organisation bereitgestellten Dienstleistungen.

Bauen Sie Wissen über verschiedene Kulturen, Geschichten und Erfahrungen auf.

- ◆ Nutzen Sie die Fähigkeiten, Stärken, Ressourcen, Kapazitäten und Talente von Migrant:innen und Geflüchteten.
- ◆ Lernen Sie über die Kulturen und Herkunftsländer von Migrant:innen und Geflüchteten, einschließlich verschiedener ethnischer Gruppen, Sprachen, Religionen, Geschlechternormen und verbreiteter kultureller Praktiken.
- ◆ Informieren Sie sich über die Reise und Erfahrungen von Geflüchteten oder Migrant:innen, einschließlich der Stressfaktoren während der Reise.
- ◆ Erlangen Sie Wissen über den historischen und sozio-politischen Kontext, Konflikte und Systeme in den Herkunftsländern von Migrant:innen und Geflüchteten.
- ◆ Verstehen Sie systemische Faktoren, die das tägliche Leben von Migrant:innen und Geflüchteten beeinflussen, einschließlich Rassismus, sozialer Ausgrenzung, finanzieller Ausgrenzung usw.

Gehen Sie respektvoll mit Migrant:innen und Geflüchteten um

- ◆ Holen Sie aktiv Feedback zu Ihrer Kommunikation von Migrant:innen und Geflüchteten sowie von Personen ein, die die Interaktion mit ihnen erleichtern, wie z. B. Dolmetscher:innen und Kulturvermittler:innen, um Ihre Praxis zu verbessern.
- ◆ Zuerst Mensch sein! Begegne der Person mit Empathie, Demut, einer offenen Haltung und der Motivation, jedes auftretende Problem anzugehen.
- ◆ Schaffen Sie ein Umfeld, das Vertrauen und ein Gefühl der Sicherheit fördert.
- ◆ Wahren Sie die Kontinuität bei den Fachkräften, die mit der Person interagieren, wann immer möglich.
- ◆ Vermeiden Sie stigmatisierende oder stereotype Sprache und gehen Sie auf tatsächliche oder wahrgenommene Bedrohungen im physischen Umfeld ein, z. B. durch Anpassung der Beleuchtung und Sitzanordnung.

- ◆ Besprechen Sie die Erwartungen der Migrant:innen oder Geflüchteten und erläutern Sie klar den Zweck und die Rolle der angebotenen Dienstleistungen.
- ◆ Klären Sie die professionellen Rollen, einschließlich der von Dolmetscher:innen und verschiedenen Fachkräften, erläutern Sie die Regeln und Grenzen der Vertraulichkeit sowie andere relevante ethische Richtlinien.
- ◆ Stellen Sie sicher, dass Migrant:innen und Geflüchteten verstehen, wie ihre Informationen verwendet, geteilt und geschützt werden, und wie nationale Systeme (z. B. das Gesundheitssystem) funktionieren und sich auf das Einwanderungssystem beziehen oder von diesem unterscheiden.
- ◆ Seien Sie flexibel und anpassungsfähig: Passen Sie sich den Bedürfnissen der geflüchteten oder migrierten Person sowohl durch Ihre eigenen Dienstleistungen als auch durch geeignete Weiterverweisungen an. Stellen Sie Fragen wie: „Was ist für Sie am wichtigsten in Bezug auf Ihre Krankheits- oder Behandlungserfahrung oder unsere gemeinsame Arbeit?“ und „Ich weiß wenig über Ihr Heimatland – was möchten Sie, dass ich verstehe, um Sie besser zu unterstützen?“
- ◆ Entwickeln Sie die Fähigkeit, sensible Themen wie Erfahrungen mit Leid und Folter zu besprechen und schädliches oder illegales Verhalten wie geschlechterbasierte Gewalt mit Fürsorge anzusprechen.
- ◆ Vermeiden Sie, Geflüchtete zu bitten, traumatische Geschichten zu wiederholen: Führen Sie ausführliche Fallnotizen und informieren Sie – mit Zustimmung der Klient:in – die weiterverweisenden Dienste über deren Hintergrund, damit die Klient:innen ihre Geschichte nicht jedem Dienst oder jeder Fachkraft erneut erzählen muss.
- ◆ Seien Sie sich bewusst, welche Informationen für Ihre Arbeit wirklich notwendig sind, um eine Retraumatisierung zu vermeiden. Beispielsweise muss eine Psycholog:in nicht alle spezifischen Details eines Falls geschlechterbasierter Gewalt kennen, während eine Pflegekraft für eine Untersuchung möglicherweise weitere Informationen benötigt.
- ◆ Erwägen Sie, von erfahrenen Kolleg:innen zu lernen und Schulungsressourcen zu nutzen, wie den E-Learning-Kurs „[Fundamentals of Providing Services to Survivors of Torture](#)“, der kulturelle Kompetenz und die Arbeit mit Dolmetscher:innen behandelt, sowie den Kurs „[Introduction to Immigrant and Refugee Health der University of Minnesota](#)“, der ein Modul zur effektiven Kommunikation über Sprache und Kultur hinweg umfasst.

 **Reflexionspause: Reflektieren Sie über die Eisberg-Analogie der Kultur**

Denken Sie an eine Situation, in der Sie Ihren Kommunikationsstil anpassen mussten, um mit einer bestimmten Person zu arbeiten. Wie haben Sie sich auf sie eingestellt, um ein effektives Verständnis sicherzustellen? Welche Strategien haben Sie genutzt, um Vertrauen und eine gute Beziehung aufzubauen? Und vor allem: Wie können Sie diese Ansätze in Ihre Arbeit und Ihr Leben im Allgemeinen integrieren?

Anwenden kultureller Neugierde im Umgang mit Migrant:innen- und Geflüchtetenkindern

Die Literaturübersicht von Due und Currie (2021) identifizierte sechs Schlüsselkompetenzen für Fachkräfte, die mit Kindern mit Hintergründen von Migrant:innen und Geflüchteten arbeiten:

1. Wissen über die komplexen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppen.
2. Anwendung holistischer / ressourcenorientierter Ansätze.
3. Fähigkeit, in Koordination mit anderen im Netzwerk zu arbeiten.
4. Fähigkeit, Vertrauen und therapeutische Beziehungen aufzubauen.
5. Einholen von Feedback von den betroffenen Personen.
6. Kulturelle Kompetenz, die sicherstellt, dass Fachkräfte den kulturellen Hintergrund und die Unterschiede einer Person verstehen.

Das Anwenden **kultureller Neugierde** („*cultural curiosity*“) im Umgang mit Kindern und Familien fördert zusätzlich die Umsetzung von „kulturell kompetenten“ und „kulturell neugierigen“ Ansätzen. Während die Belege für die Wirksamkeit solcher Ansätze noch aufkommend sind und die meisten noch nicht gründlich auf ihre Anwendung bei geflüchteten und asylsuchenden Kindern und Familien evaluiert wurden, bieten diese Kompetenzen einen wertvollen Rahmen für die Praxis [5].

Den Kontext kennen, aber die Einzelperson fragen

Kulturelle Unterschiede zwischen Feldarbeiter:innen und Migrant:innen können eine Barriere für eine effektive Kommunikation darstellen, was zu schlechteren Gesundheitsresultaten, geringerer Einhaltung medizinischer Anweisungen und allgemeiner Unzufriedenheit führen kann [7]. Wie in den Einheiten 2.1 und 2.3 gezeigt wurde, können die kulturellen Unterschiede zwischen Fachkraft und Patient:in deutlich werden und spürbare Konsequenzen haben, insbesondere bei der Diskussion über psychische Gesundheit, da verschiedene Kulturen unterschiedliche Ansätze zur psychischen Gesundheit haben. Daher können Feldarbeiter:innen, die kulturell sensibilisiert sind, soziokulturelle Unterschiede erkennen und überbrücken, um eine patient:innenzentrierte Versorgung zu fördern.

Ein anschauliches Beispiel dafür, wie Dienstleister:innen die Versorgung an die individuellen Lebensumstände, persönlichen Werte, kulturellen Werte und religiösen Zugehörigkeiten anpassen können, ist unten aufgeführt. Es wurde aus dem Leitfaden „Walking Together: A Mental Health Therapist’s Guide to Working with Refugees“ adaptiert [7].

Awa ist eine 38-jährige Frau aus Somalia, die seit mehreren Jahren unter Alpträumen, aufdringlichen Gedanken, schlechtem Schlaf und Panikattacken leidet. In den letzten vier Monaten haben sich die Symptome verschlimmert und sind so belastend geworden, dass Awa ihre Arbeit aufgegeben hat und nur noch zwei Stunden pro Nacht schläft. Die Fallarbeiter:in vermutet, dass Awas Probleme auf eine posttraumatische Belastungsstörung zurückzuführen sind, die durch das Erleben extremer Gewalt in Somalia und mehrfacher Vergewaltigungen in der Flüchtlingsunterkunft verursacht wurde. Der:die Therapeut:in ist der Ansicht, dass Awa von einer traumafokussierten Therapie und einer medikamentösen Behandlung profitieren könnte. Als die Fallarbeiter:in Awa jedoch fragt, was sie für die Ursache ihres Problems hält, antwortet Awa mit „Jin“, einem bösen Geist, und erklärt, dass nur ein Imam oder eine religiöse Führungsperson in einer Moschee ihr helfen könne.

Intervention	Wirkung
Ausschließlich westliche Intervention	Awa nimmt an einigen weiteren Beratungssitzungen teil, hat jedoch Schwierigkeiten zu verstehen, warum der:die Therapeut:in über ihre Vergangenheit sprechen möchte. Sie weigert sich außerdem, die verschriebenen Medikamente einzunehmen, da sie diese für unnötig hält, weil sie ihr Problem als spirituelle Angelegenheit betrachtet.

Ausschließlich traditionelle Intervention	Awa fühlt sich nach dem Besuch eines Imams und einer durchgeführten Exorzismuszeremonie besser, aber die Erleichterung ist nur vorübergehend. Als die Symptome zurückkehren, sucht sie erneut die Hilfe des Imams.
Kombination aus westlicher und traditioneller Intervention	Awa erklärt sich bereit, Medikamente einzunehmen und zur Therapie zu gehen, während sie gleichzeitig einen Exorzismus durch einen Imam in Anspruch nimmt. Nach dem Exorzismus fühlt sie sich besser und kann wieder besser schlafen. Durch den verbesserten Schlaf hat sie mehr Energie und fragt den Imam, ob sie wöchentlich in der Moschee ehrenamtlich mithelfen kann. Er stimmt zu. Ihre Besuche in der Moschee helfen ihr, Menschen kennenzulernen und neue Freundschaften zu schließen. Durch eine dieser Freundschaften erhält sie eine Anstellung in einem Restaurant. Obwohl Awa eine traumafokussierte Therapie ablehnt, nimmt sie weiterhin wöchentlich an Beratungsgesprächen teil und schätzt die Unterstützung und Ermutigung durch ihre:n Therapeut:in.

3. Strukturelle Kompetenz (*Structural Competence*) im Umgang mit Migrant:innen und Geflüchteten

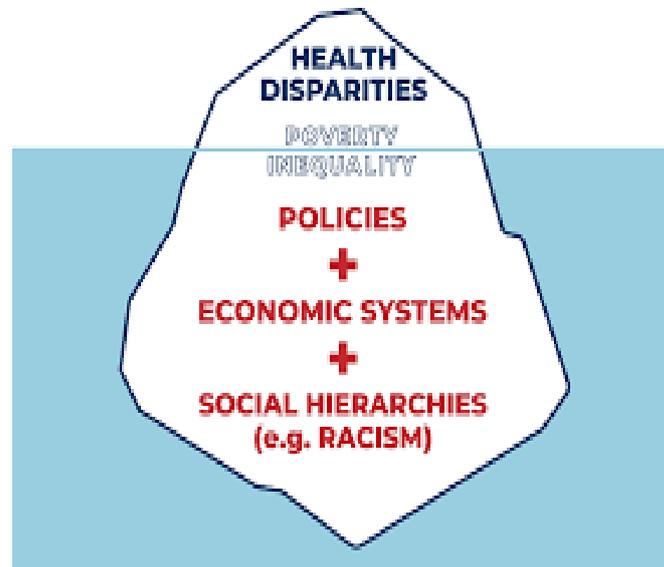
Zusätzlich zum kulturellen Bewusstsein sind alternative Konzepte entstanden, darunter die strukturelle Kompetenz. Diese legt den Fokus auf Machtverhältnisse, institutionelle Diskriminierung sowie auf Fragen des Kolonialismus und Paternalismus im Gesundheitswesen [3].

Strukturelle Kompetenz („structural competence“) baut auf bestehenden Ansätzen zu sozialen Gesundheitsdeterminanten, kultureller Kompetenz und kultureller Demut auf. Im Gegensatz zu vielen Rahmenwerken, die sich mit sozialen Gesundheitsdeterminanten befassen – wie in Einheit 1.2 ausführlich besprochen – und Gesundheitsungleichheiten beschreiben, ohne ihre historischen und politischen Entstehungskontexte zu berücksichtigen, setzt strukturelle Kompetenz diese Determinanten in einen umfassenderen strukturellen Zusammenhang [8,9]. Statt beispielsweise lediglich die Epidemiologie rassistischer Gesundheitsungleichheiten zu beschreiben, analysiert strukturelle Kompetenz die Strukturen, die rassistische Ungleichheiten erzeugen und aufrechterhalten, wie etwa strukturellen Rassismus. Dadurch verlagert sich der Fokus von individuellen Interaktionen hin zu den umfassenderen Kräften, die die Gesundheitsergebnisse beeinflussen (siehe auch Abbildung 3.2.1).

In Einfach ausgedrückt ist strukturelle Kompetenz ein Rahmenkonzept zur Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogenen sozialen Gerechtigkeitsfragen. Es betont das Erkennen wirtschaftlicher und politischer Bedingungen, die Gesundheitsungleichheiten erzeugen und verstärken [10]. Strukturelle Kompetenz dient als aufkommendes Modell zur Schulung von Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen und schafft eine gemeinsame Sprache, um die strukturellen Prozesse hinter Gesundheitsungleichheiten und deren Normalisierung anzugehen. Es gibt fünf zentrale Säulen [9]:

1. Identifikation der Strukturen, die Interaktionen beeinflussen
2. Entwicklung einer Sprache, die strukturelle Faktoren über das aktuelle Umfeld hinaus anspricht (z. B. über den klinischen Kontext hinaus)
3. Neubewertung kultureller Konzepte im Hinblick auf strukturelle Einflüsse
4. Entwicklung und Identifikation struktureller Interventionen
5. Förderung struktureller Demut

Abbildung 3.2.1. „Strukturelle Kompetenz: Das Eisbergmodell gesundheitlicher Ungleichheiten“



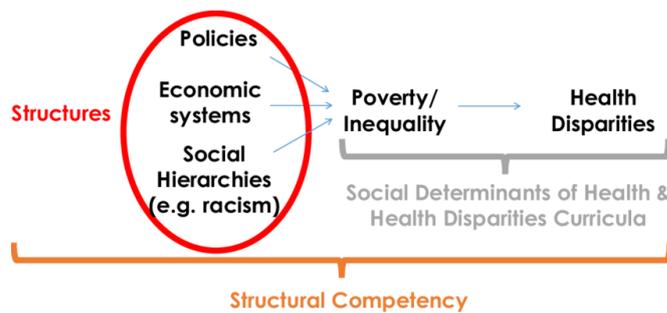
Note: Graphic sourced from the Structural Competency Working Group

Wir betrachten strukturelle Kompetenz nicht als eine völlig neue Schöpfung, sondern als ein Paradigma, das bereits bestehende Elemente aus verschiedenen disziplinären und nationalen Traditionen bündelt.

Dazu gehören die Sozialmedizin, Sozialepidemiologie, interkulturelle Gesundheit, globale Gesundheit sowie kritische Theorien wie antirassistische, feministische, soziale Gerechtigkeits- und dekolonisierende Theorien [9, 11].

Strukturelle Kompetenz teilt viele Ziele mit diesen Ansätzen, darunter eine ganzheitliche Analyse, einen relationalen Ansatz, den Fokus auf soziale Welten des Leidens, die Betonung sozialer Ungleichheiten und struktureller Verwundbarkeiten im Gesundheitsbereich, die Entlarvung der Normalisierung von Ungleichheiten sowie die Anerkennung der Wissensproduktion als eine wechselseitige und kollaborative Tätigkeit zwischen Fach- und Laienwissen [12,13].

Abbildung 3.2.2. „Strukturelle Determinanten der sozialen Determinanten von Gesundheit“



“Structural determinants of the social determinants of health”

Hinweis: Grafik aus dem Artikel [Structural Competency in Conflict Zones: Challenging Depoliticization in Israel](#) übernommen

Bereich 1: Kulturelle Bewusstheit und Reflexivität	Bereich 2: Kulturelle und sprachliche Validierung	Bereich 3: Sensibilität für kulturelle Vielfalt und strukturelle Verwundbarkeiten	Bereich 4: Repräsentation von Minderheiten und ausgeschlossenen Bevölkerungsgruppen
Definiert als die Fähigkeit des Forschungsteams, kritisch zu analysieren, wie ihre kulturellen, ethnischen, sozialen und fachlichen Hintergründe, mit denen der Teilnehmenden interagieren und sich auf	Dies bezieht sich auf den Prozess der Anpassung von Instrumenten, Tools, Einwilligungsformularen, Teilnehmer:innen- Informationsblättern, Fragebögen, Interaktionen zwischen Forschenden und Teilnehmenden sowie	Dies bezieht sich auf die Integration von Variablen und relevanten Informationen zur kulturellen Vielfalt und strukturellen Verwundbarkeiten der untersuchten Gruppen in allen Phasen der	Dies bezieht sich auf die Fähigkeit, die Repräsentation marginalisierter und ausgeschlossener Bevölkerungsgruppen in allen Phasen der Studie zu verbessern, einschließlich der Zusammensetzung des

<p>Forschungsfragen, Design, Rekrutierung, Datenerhebung, Datenanalyse und Verbreitungsaktivitäten auswirken. Ein zentraler Aspekt der Reflexivität ist kulturelle Demut sowie die Fähigkeit, das vielfältige Wissen anderer anzuerkennen, sei es Laienwissen oder erfahrungsbasiertes Wissen. Reflexivität, ein immaterieller Bereich im Zusammenhang mit Einstellungen und Prädispositionen, beeinflusst die Qualität der Forschung. Zum Beispiel kann eine reflexive Auseinandersetzung mit kulturellen und sozialen Unterschieden zwischen dem Forschungsteam und den untersuchten Bevölkerungsgruppen neue Erkenntnisse zur Reduzierung von Verzerrungen bieten.</p>	<p>Verbreitungsmaterialien, damit sie sprachlich und kulturell angemessen sind. Dabei geht es nicht nur um die Übersetzung in die Sprachen der Teilnehmenden, sondern auch darum, sicherzustellen, dass die Inhalte für sie klar und verständlich sind. Diese Anpassung hilft, Verzerrungen zu vermeiden, die durch die Verwendung von Fragebögen entstehen, die die Teilnehmenden nicht verstehen, und berücksichtigt potenzielle Ausschlussfaktoren wie Aufenthaltsstatus, geringe Bildung, Behinderung oder eine Kombination dieser Faktoren.</p>	<p>epidemiologischen Forschung. Dieser umfassende Ansatz umfasst die Schulung des Forschungsteams in interkultureller und struktureller Kompetenz, das Verständnis der kulturellen und sozialen Kontexte der untersuchten Bevölkerungsgruppen sowie Kenntnisse über die medizinische Geschichte und die Forschungstradition in Bezug auf ethnische Minderheiten und marginalisierte Gemeinschaften im Forschungskontext. Zudem beinhaltet er die Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit und struktureller Verwundbarkeit im Studiendesign.</p>	<p>Forschungsteams, der Stichprobenauswahl und der Verbreitungsaktivitäten. Dabei geht es darum, soziale und kulturelle Barrieren für ihre Teilnahme zu identifizieren und zu überwinden sowie ihre Mitwirkung am Verbreitungsprozess zu fördern, um beispielsweise ihre Eigenverantwortung zu stärken [17].</p>
---	--	--	--

Hinweis: Überarbeitet vom EU Mi-Care Team nach Martinez-Hernaez & Bekele (2022).

Für diejenigen, die sich dafür interessieren, wie die Arbeit mit Einzelpersonen im Rahmen eines strukturellen Kompetenzansatzes in der Praxis aussieht, wurden relevante Fallstudien und Strategien im  [Repository](#) aufgenommen (siehe 3.2 – Handout 1. “Cultural Competence – Case Studies and Best Practices”).

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Saldaña, D. (2001). Cultural Competency: A Practical Guide For Mental Health Service Providers. <https://doi.org/10.26153/tsw/243>
- [2] Beagan, B.L. (2018). A Critique of Cultural Competence: Assumptions, Limitations, and Alternatives. In: Frisby, C., O'Donohue, W. (eds) *Cultural Competence in Applied Psychology*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78997-2_6
- [3] E Seah, National Mental Health Strategy (Australia, & Multicultural Mental Health Australia. (2002). Cultural awareness tool: understanding cultural diversity in mental health. Multicultural Mental Health Australia.
- [4] Cultural Competence in Refugee Service Settings: What Does the Research Tell Us? - Switchboard. (2020). Switchboard. <https://www.switchboardta.org/resource/cultural-competence-in-refugee-service-settings-what-does-the-research-tell-us/>
- [5] Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- [6] International Counseling & Community Services. (2015). Walking Together: A Mental Health Therapist's Guide to Working with Refugees. Lutheran Community Services Northwest. <http://form.jotform.us/form/51666347065157>
- [7] Geeraert, J. (2022). On the Role of Structural Competency in the Healthcare of Migrant with Precarious Residency Status. *Societies*, 12(2), 54. <https://doi.org/10.3390/soc12020054>
- [8] Neff J, Holmes SM, Knight KR, Strong S, Thompson-Lastad A, McGuinness C, Duncan L, Saxena N, Harvey MJ, Langford A, Carey-Simms KL, Minahan SN, Satterwhite S, Ruppel C, Lee S, Walkover L, De Avila J, Lewis B, Matthews J, Nelson N. Structural Competency: Curriculum for Medical Students, Residents, and Interprofessional Teams on the Structural Factors That Produce Health Disparities. *MedEdPORTAL*. 2020;16:10888. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10888
- [9] Hansen, H., Metz, J. M., & Springerlink (Online Service. (2019). *Structural Competency in Mental Health and Medicine: A Case-Based Approach to Treating the Social Determinants of Health*. Springer International Publishing.
- [10] Ostrander, J., Melville, A., & Berthold, S. M. (2017). Working With Refugees in the U.S.: Trauma-Informed and Structurally Competent Social Work Approaches. *Advances in Social Work*, 18(1), 66. <https://doi.org/10.18060/21282>
- [11] Trinh-Shevrin, C., Taher, M., Islam, N. (2019). Community Health Workers as Accelerators of Community Engagement and Structural Competency in Health. In: Hansen, H., Metz, J. (eds) *Structural Competency in Mental Health and Medicine*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-10525-9_14
- [12] Metz, Jonathan and Dorothy Roberts. 2014. "Structural Competency Meets Structural Racism: Race, Politics, and the Structure of Medical Knowledge." *The Virtual Mentor*. P. 674-684.
- [13] Orr Z, Unger S. (2020). Structural Competency in Conflict Zones: Challenging Depoliticization in Israel. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 21(4):202-212.

-
- [14] Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social science & medicine* (1982), 103, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- [15] DasGupta, S. (2008). Narrative humility. *The Lancet*, 371(9617), 980–981. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60440-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60440-7)
- [16] Martínez-Hernández, Á., & Bekele, D. (2023). Structural competency in epidemiological research: What’s feasible, what’s tricky, and the benefits of a ‘structural turn.’ *Global Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2164903>
- [17] Ziyachi, M., & Castellani, B. (2024). A “Cultural Models” Approach to Psychotherapy for Refugees and Asylum Seekers: A Case Study from the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(5), 650. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050650>
- [18] Walker, S. (2005). *Culturally Competent Therapy Working with Children and Young People*. Macmillan Education UK.

Einheit 3.3: Zusammenarbeit für effektives Dolmetschen und kulturelle Mediation

Einheitsübersicht

Diese Einheit konzentriert sich darauf, wie man effektiv mit Dolmetscher:in und kulturelle:r Mediator:in arbeitet, um die Kommunikation zwischen Fachkräften und Migrant:innen sowie Geflüchteten zu erleichtern. Nach einer kritischen Unterscheidung der Rollen von Dolmetscher:innen, Übersetzer:innen und kulturellen Mediator:innen betont die Einheit die Notwendigkeit, in rechtlichen, medizinischen und psychosozialen Kontexten mit professionell ausgebildeten Fachkräften zusammenzuarbeiten und auf den Einsatz von improvisierten Dolmetscher:innen, wie z. B. Gemeindemitgliedern oder Kindern, zu verzichten. Die Einheit schließt mit der Vorstellung von Best Practices für die Planung und Durchführung von triadischen Meetings, um ein Klima des gegenseitigen Respekts und der Zusammenarbeit zu fördern.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung](#)
2. [Dolmetscher:in, Übersetzer:in, Kulturmittler:in](#)
3. [Bedürfnisse und Herausforderungen bei der Kommunikationsvermittlung für verschiedene Berufsgruppen](#)
4. [Kommunikation und Interaktion in einer Triade](#)

1. Einführung

Die meisten Migrant:innen und Geflüchtete in Europa kommen mit begrenzten oder gar keinen Kenntnissen der Landessprache an und befinden sich in einer Umgebung, in der die Aufnahmegesellschaft mit ihrer Muttersprache oft wenig vertraut ist [1]. **Sprachbarrieren („language barriers“)** erschweren es Migrant:innen und Geflüchteten, ihre Geschichten zu erzählen, ihre Bedürfnisse anzusprechen und ihre Rechte wahrzunehmen, einschließlich des Zugangs zu rechtlichen und gesundheitlichen (einschließlich psychischer Gesundheits-) Dienstleistungen. Für Fachkräfte und Ehrenamtliche, die mit diesen

Bevölkerungsgruppen arbeiten, bedeutet dies, dass sie nicht in der Lage sind, ausreichende Unterstützung oder Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen zu leisten, da Sprachbarrieren es erschweren, Informationen zu vermitteln, aber auch die Erfahrungen der betroffenen Personen zu verstehen und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.

Deshalb ist die Anwesenheit einer/n **Dolmetscher:in** („*interpeter*“) oder **Kulturmittler:in** („*cultural mediator*“), deren Rolle es ist, die interkulturelle Kommunikation und das Verständnis zu erleichtern, von entscheidender Bedeutung. Daher ist es die Verantwortung der Fachkraft, zu lernen, wie sie erfolgreich mit Kulturmittler:innen und Dolmetscher:innen zusammenarbeitet, um einen fruchtbaren und bedeutungsvollen Dialog und Informationsaustausch auf kulturell angemessene Weise zwischen der Fachkraft und der betroffenen Person zu gewährleisten.

Eine allgemeine Richtlinie besagt, dass eine:n Kulturmittler:in anwesend sein sollte, wenn ein Migrant oder eine Migrantin oder ein:e Geflüchtete:r nur ein wenig mehr als grundlegende Begrüßungen und Phrasen versteht. Das bedeutet jedoch nicht, dass die betroffene Person, auch wenn sie in der Lage ist, in der Sprache des Aufnahmelandes zu kommunizieren, nicht in der Lage sein könnte, sich zu komplexeren Themen wie emotionalem oder körperlichem Stress auszudrücken. Als grobe Faustregel sollte ein Dolmetscher oder eine Kulturmittler:in bei Interaktionen zwischen Fachkräften und Migrant:innen oder Geflüchteten anwesend sein, insbesondere wenn diese erst seit weniger als zwei Jahren im Aufnahmeland leben [2]. Dolmetscher:innen oder Kulturmittler:innen fungieren als kulturelle Vermittler:innen, indem sie nicht nur übersetzen, sondern auch als Bindeglied zur Kultur der betroffenen Person agieren. Ihre Fähigkeit, Nuancen der Sprache, des Tons und der Emotionen zu vermitteln, stellt sicher, dass die Nachricht genau und einfühlsam übermittelt wird, wodurch Vertrauen und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der Fachkraft und der betroffenen Person aufgebaut werden.

Zusätzlich zur Unterstützung bei der Kommunikation in alltäglichen Bedürfnissen bietet ein Dolmetscher oder eine Kulturmittler:in linguistische und kulturelle Vermittlungsunterstützung vor und während:

- *Medizinische Untersuchungen und psychologische Sitzungen* – Begleitung von Personen zu den Dienstleistungen; Unterstützung bei Empfangs- und Aufnahmeverfahren sowie bei der

Orientierung in Gesundheits- und Sozialdiensten; Unterstützung bei Gesundheitsaufklärung, wenn erforderlich; Überbrückung von Kommunikations- und Verständnisbarrieren, die während Interviews zu Gesundheits- und psychischen Gesundheitsbedürfnissen aufgrund von Sprachschwierigkeiten, aber auch aufgrund der unterschiedlichen Bedeutungen bestimmter Konzepte in verschiedenen Kulturen entstehen können, wie in den vorherigen Einheiten beschrieben [3];

- *Soziale oder rechtliche Interviews* – Unterstützung bei der Navigation durch die Komplexität und das Fachjargon des Rechtssystems; Eintreten für sprachliche Gerechtigkeit; Ermächtigung von Individuen, sich vollständig an rechtlichen Verfahren zu beteiligen und ihre vollen Rechte wahrzunehmen; Vorbereitung von Migrant:innen und Geflüchteten auf Asylinterviews sowie auf alle administrativen und bürokratischen Prozesse [1].

Der/die Dolmetscher:in oder kulturelle Mediator:in sollte daher als professionelle:r Partner:in anerkannt werden, der/die den Dienstleister:innen hilft, eine Beziehung zu der betroffenen Person aufzubauen und die Komplexität der interkulturellen Kommunikation zu bewältigen.

2. Dolmetscher:in, Übersetzer:in, Kulturmittler:in

Der erste Schritt, um ein effektives Teamwork aufzubauen, besteht darin, zu wissen, was andere Fachkräfte *können* und was *nicht*. Bisher haben wir auf Dolmetscher:Innen und kulturelle Mediator:Innen hingewiesen, da beide Berufe tatsächlich die mündliche Kommunikation in beide Richtungen unterstützen. Sie übertragen Informationen von einer Sprache (Quellsprache) in eine andere Sprache (Zielsprache), so genau wie möglich, agieren als Brücke zwischen Kulturen, bleiben unparteiisch und kultursensibel [4].

Die Definitionen von „kultureller Mediator:In“, „Dolmetscher:In“ und „**Übersetzer:in**“ („*translator*“), die im Kontext der interkulturellen Betreuung oft austauschbar verwendet werden, sind unten angegeben [5, 6].

Hauptdefinitionen

Dolmetscher:In	Dolmetscher:Innen übersetzen mündlich von einer Sprache in eine andere.
Übersetzer:In	Person, die speziell darin ausgebildet ist, schriftliche Texte von einer Sprache in eine andere zu übersetzen.
Kulturmittler:in	Person, die das gegenseitige Verständnis zwischen einer Person oder einer Gruppe von Menschen, wie zum Beispiel Migrant:innen oder Geflüchteten, und einer Pflegekraft, zum Beispiel einem Arzt oder einer Ärztin, fördert, indem sie übersetzt und kulturelle Elemente berücksichtigt. Sie geben beiden Parteien Ratschläge zu angemessenem kulturellem Verhalten.

Hinweis: Übernommen aus dem Self-Study Module 3: Interpreting in a Refugee Context (2009) and Field Guide to Humanitarian Interpreting & Cultural Mediation (2017)

Tatsächlich sind Dolmetscher:in und kulturelle Mediator:in unterschiedliche Rollen mit verschiedenen Fähigkeiten. **Nachfolgend finden Sie eine Liste von Aktivitäten, die typischerweise von einer kulturellen Mediator:in verlangt werden, aber nicht unbedingt in den Verantwortungsbereich einer:n Dolmetscher:in fallen.** Die Grenzen zwischen den beiden Rollen können jedoch oft verschwimmen. Denken Sie daran, dass **nicht alle Dolmetscher:innen und Kulturvermittler:innen in diesen Kontexten sowohl professionelle Dolmetschfähigkeiten als auch hohe Sprachkompetenz besitzen werden** [6].

- Übermittlung nur der Hauptbotschaften;
- Kulturelle Beratung und Kontext bieten, wenn und falls dies angefragt wird (Dolmetscher:in tut dies nur, wenn es unbedingt notwendig für das Verständnis ist);
- Möglicherweise Kontakt zu Gemeinschaften aufnehmen, Informationen sammeln und Feedback an die relevanten Stellen weiterleiten;
- Zusätzliche Unterstützung leisten, abgesehen von der reinen Informationsweitergabe.

Sowohl Kulturmittler:innen als auch Dolmetscher:innen übernehmen keine schriftliche Übersetzung; das ist die Aufgabe eines/einer Übersetzer:in.

Während die Unterschiede zwischen verschiedenen Berufsgruppen hervorgehoben werden, ist es wichtig zu betonen, dass die Zusammenarbeit mit ungeschulten Dolmetscher:innen oder Mediator:innen nicht

empfohlen wird. Das betrifft Personen ohne formale fachliche Ausbildung – sei es durch ein Studium oder eine anerkannte Organisation bzw. Institution. Insbesondere sollten keine Ad-hoc-Dolmetscher:innen, also zufällige Passant:innen, eingesetzt werden, da in solchen Fällen die Klärung von Rollen und Erwartungen nicht sichergestellt werden kann.

In medizinischen und sozialen Einrichtungen, insbesondere in Notfalldiensten, sehen sich Fachkräfte, die mit sprachlich und kulturell vielfältigen Bevölkerungsgruppen arbeiten, häufig mit dem Problem konfrontiert, dass sofort kein geschulter Dolmetscher oder Mediator zur Verfügung steht. Infolgedessen müssen sie möglicherweise auf Familienmitglieder, Freunde oder sogar zufällige Passant:innen zurückgreifen, die als spontane Dolmetscher:innen fungieren. Studien zeigen jedoch, dass dies erhebliche Herausforderungen mit sich bringt [7]. Ungeschulte Dolmetscher:innen (insbesondere Familienmitglieder) agieren häufig unabhängig während der Interaktionen und beteiligen sich aktiv, anstatt die Botschaften neutral zu übermitteln. Dies kann zu Auslassungen, Fehlinterpretationen oder der Aufnahme persönlicher Meinungen führen [8].

Eine weitere besorgniserregende Praxis ist es, Kinder für ihre Eltern dolmetschen zu lassen, insbesondere wenn die Kinder die Sprache des Gastlandes besser beherrschen. Wie in Einheit 1.4, die sich mit den psychosozialen Dimensionen der Migration beschäftigt, behandelt wurde, birgt dies ernsthafte Risiken. Kinder unter 18 Jahren sollten niemals mit Übersetzungsaufgaben betraut werden, da dies sie einer möglichen sekundären Traumatisierung aussetzt, insbesondere wenn sie sensible Themen wie die Erfahrungen der Eltern mit Gewalt dolmetschen müssen. Die emotionale und kognitive Belastung sowie die Verantwortung für eine genaue Übersetzung sind für ein Kind viel zu groß [9].

3. Bedürfnisse und Herausforderungen bei der Kommunikationsvermittlung für verschiedene Berufsgruppen

Die Arbeit von Fachkräften und Ehrenamtlichen in der Betreuung von Migrant:innen und Geflüchteten basiert auf Prinzipien wie sozialer Gerechtigkeit, Entstigmatisierung und Inklusion [9]. Wie bereits in diesem Kurs behandelt, beruhen diese Prinzipien auf der Erkenntnis, dass Macht in der Gesellschaft ungleich verteilt ist. Daher ist es die Aufgabe von Sozialarbeiter:innen und Betreuer:innen, Ressourcen zu

identifizieren und die Empfänger:innen sozialer Unterstützung dabei zu stärken, einen gleichberechtigten Platz in der Gesellschaft einzunehmen. Fachkräfte und Ehrenamtliche müssen darauf achten, eine nicht-ausschließende Sprache zu verwenden und Begriffe mit negativen Konnotationen zu vermeiden, die die Selbstbestimmung von sozial benachteiligten Personen untergraben. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit mit Dolmetscher:innen oder kulturellen Mediator:innen, um Rollen innerhalb der Kommunikations-Triade klar zu definieren.

Die Anwesenheit einer dritten Person (Dolmetscher:in oder Kulturmittler:in) im Austausch zwischen der betreffenden Person und der Fachkraft kann Herausforderungen bei der Beziehungsgestaltung zwischen beiden sowie bei der Wahrnehmung der Wirksamkeit der eigenen Intervention durch die Fachkraft mit sich bringen. Verschiedene Berufsgruppen haben unterschiedliche Kommunikations- und somit auch Vermittlungsziele.

Wir werden im Folgenden die wichtigsten Aspekte betrachten und anschließend bewährte Verfahren für eine effektive Teamzusammenarbeit vorstellen.

Fachkräfte im Bereich psychische Gesundheit

Das Verstehen nonverbaler Informationen kann schwierig sein, weil es eine Verzögerung zwischen dem Zeitpunkt gibt, an dem die Person gesprochen hat, und der Interpretation. Das macht es herausfordernd, nonverbale Ausdrücke mit den Worten der Person zu verknüpfen. Ebenso kann es komplex sein, zu verstehen, wie sich der Ton in Bezug auf das Thema verändert. Zudem sind einige Gesten und Mimiken der Konsultationen nicht für alle Mitglieder der Triade sofort verständlich und erfordern eine Form der Intervention durch die:den Dolmetscher:in oder Kulturmittler:in. Diese:r interpretiert diese Gesten oder Mimiken mit verbalen Mitteln oder ersetzt sie durch Gesten oder Mimiken, die für die Empfänger:innen verständlich sind.

Darüber hinaus können während des Dolmetschprozesses in den Sitzungen Einschränkungen auftreten. Insbesondere kann eine:in Fachkraft für psychische Gesundheit wichtige diagnostische Informationen verlieren, wenn:

- Dolmetscher:innen verbalisieren ihre persönlichen Bedeutungsinterpretationen, wenn die Sprache einer Person, die wegen psychischer Gesundheit behandelt wird, schwer verständlich ist und daher nur schwer in eine andere Sprache übertragen werden kann.
- Dolmetscher:innen reduzieren oder lassen emotionale oder subjektive Elemente weg und machen die Darstellung sachlicher.
- Dolmetscher:innen lassen Elemente aus oder mildern sie ab, die innerhalb der Triade Spannungen erzeugen oder verstärken, wenn Emotionen und subjektive Wahrnehmungen keine zentralen Aspekte der Diskussion sind.
- In mehreren Fällen werden abschließende Kommentare, die am Ende einer Frage-Antwort-Sequenz hinzugefügt werden, in den Übersetzungen nicht wiedergegeben, obwohl sie für die klinische und relationale Dynamik wichtig erscheinen.
- Wenn andere Mitglieder der Triade (sei es die Person oder die Fachkraft) Dolmetscher:innen unterbrechen, während sie eine längere Botschaft übermitteln, führt dies oft zu erheblichen Veränderungen in der Struktur der ursprünglichen Rede, beispielsweise zu Verkürzung, Vereinfachung und/oder Klarstellung [10].

Sozialarbeiter:innen

Sozialarbeiter:innen sind in vielen verschiedenen Bereichen der Fallarbeit tätig und agieren dabei manchmal als Sozialdienstleister:innen, Berater:innen oder als Teil des Gesundheitssystems. Oft sind sie dazu verpflichtet, Informationen zu geben und zu erhalten, die entscheidend dafür sind, die gesetzlichen Rechte der Leistungsempfänger:innen zu wahren. Dies könnte ein Grund dafür sein, warum Sozialarbeiter:innen in der Praxis eine direkte Übersetzung bevorzugen und darauf bestehen, dass Dolmetscher:innen in Gesprächen der Sozialarbeit neutral bleiben.

Mediziner:innen

In medizinischen Begegnungen können Schwierigkeiten auftreten, da technische Begriffe und Erklärungen präzise beschrieben werden müssen und kulturelle Unterschiede in Bezug auf bestimmte Konzepte sorgfältig übersetzt werden müssen (siehe Einheit 3.2). Zudem müssen Ärzt:innen während der gesamten Begegnung eine Struktur schaffen, um das medizinische Gespräch innerhalb eines vorgegebenen

Zeitraumens zu führen. Dabei ist es ihre Aufgabe, die Agenda festzulegen – basierend auf den Bedürfnissen der Patient:innen, so wie diese von ihnen selbst und von den Ärzt:innen wahrgenommen werden. Das Zeitmanagement kann eine Herausforderung darstellen, da die vertraute Struktur des medizinischen Gesprächs unterbrochen wird, Ärzt:innen weniger Kontrolle darüber haben, was gesagt wird, und das Einhalten einer Frage-Antwort-Struktur schwieriger sein kann.

Zwei Schwierigkeiten werden bei der Informationsgewinnung über Dolmetscher:innen oder Kulturmittler:innen genannt. Es kann zu Verzögerungen kommen, die den Gedankengang der Ärzt:innen stören oder ihre Fähigkeit beeinträchtigen, Hypothesen zu überprüfen. Zudem kann es für Ärzt:innen schwierig sein, einen Behandlungsplan auszuhandeln, da sie wenig Kontrolle darüber haben, wie ihre Botschaft übermittelt wird, und nonverbale Aspekte oft verloren gehen.

4. Kommunikation und Interaktion in einer Triade

Vor dem Treffen

Im Kontext der Betreuung von Migrant:innen und Geflüchteten erfordert der Aufbau einer erfolgreichen Beziehung zwischen Dolmetscher:innen/Kulturmittler:innen und Ehrenamtlichen oder Fachkräften mehrere Schritte, die beachtet werden sollten.

- **Die passende:n Dolmetscher:in/Kulturmittler:in auswählen**

Um den/die am besten geeigneten Dolmetscher:in/Kulturmittler:in auszuwählen, ist der erste zu berücksichtigende Aspekt natürlich die Sprache. Idealerweise spricht die Person, die den sprachlichen und/oder kulturellen Austausch mit einem/-r Migrant:in oder Geflüchteten erleichtert, dieselbe Sprache und denselben Dialekt. Es sollte nicht angenommen werden, dass jemand, der eine Sprache spricht, automatisch alle Dialekte dieser Sprache beherrscht oder versteht. Allerdings ist es nicht ungewöhnlich, dass ein Dolmetscher:in/Kulturmittler:in und ein Migrant:in oder Geflüchtete unterschiedliche Sprachen sprechen (zum Beispiel könnte eine in Afghanistan geborene Person Farsi sprechen, aber auch Paschtu).

Ebenso kann es große Unterschiede in den Dialekten geben. Bei Terminen mit Familien sollte zumindest sichergestellt werden, dass die Sprache von allen Mitgliedern verstanden wird [2].

Die Staatsangehörigkeit, religiöse Überzeugungen, das Bildungsniveau sowie die Migrationsgeschichte und die politische Lage im Herkunftsland von Migrant:innen oder Geflüchteten sollten ernsthaft berücksichtigt werden. Diese Faktoren können die Beziehungsdynamik, das Vertrauen und das gegenseitige Verständnis entweder fördern oder erschweren – in manchen Fällen können sie eine vertrauensvolle Beziehung sogar gänzlich unmöglich machen [3]. Falls ein/e Dolmetscher:in/Kulturmittler:in feststellt, dass sie die betreffende Person persönlich kennt (z. B. als Verwandte:r, Freund:in oder Bekannte:r), sollten sie dies umgehend melden, damit eine andere Person die Aufgabe übernehmen kann. Es gilt als bewährte Praxis, bei therapeutischer Arbeit nach Möglichkeit mit derselben Dolmetscher:in zu arbeiten.

○ **Einweisung der/des Dolmetscher:in/Kulturmittler:in**

Ein Briefing zwischen Fachkräften und Dolmetscher:in oder Kulturmittler:in ist essenziell, um die Person, die die Interaktion vermittelt, bestmöglich auf das Gespräch vorzubereiten und ihr die Möglichkeit zu geben, eventuelle Bedenken im Vorfeld und nicht erst während des Treffens zu äußern. Insbesondere sollten Sozialarbeiter:innen und Betreuungspersonal während dieses Vorbereitungstreffens folgende Punkte beachten [2, 3]:

- Informationen über die migrantische oder geflüchtete Person bereitstellen: dazu gehören Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Sprache, Art der benötigten Unterstützung, mögliche Verhaltensherausforderungen (z. B. starke Aggressivität, Legasthenie) sowie Informationen über weitere Teilnehmende des Treffens.
- Den Zweck des Treffens und Erwartungen klären: mit der/m Dolmetscher:in oder Kulturmittler:in sollte vorab besprochen werden, welche Fragen gestellt werden, welche Informationen gesammelt werden müssen und ob es schriftliche Formulare gibt, mit denen sie sich im Vorfeld vertraut machen sollten [3].

- Ein „STOP-Zeichen“ vereinbaren: falls die vermittelnde Person das Gespräch unterbrechen muss (z. B. aufgrund eigener Bedenken), sollte vorab eine entsprechende Absprache getroffen werden.
- Kulturelles Hintergrundwissen erfragen: ein grundlegendes Verständnis kulturbedingter Besonderheiten kann für eine effektive Beratung oder therapeutische Arbeit unerlässlich sein.
- Die Organisation des Treffens vorab klären: Dazu gehören die Sitzordnung (siehe entsprechender Abschnitt später in dieser Einheit), die Person, die die Einführung übernimmt, usw.
- Die Art des Dolmetschens festlegen: Es sollte vereinbart werden, ob eine simultane oder konsekutive Übersetzung erfolgt, sowie spezielle Vorgaben zur Übersetzung von Fachbegriffen (z. B. medizinische oder juristische Terminologie) berücksichtigt werden (siehe Tabelle unten).

Formen des Dolmetschens	
Simultandolmetschen	Wird in der Regel aus einer Dolmetschkabine in einem Konferenzumfeld durchgeführt.
Konsekutivdolmetschen	Der:die Sprecher:in macht Pausen, damit der:die Dolmetscher:in die Rede abschnittsweise übertragen kann.
Bilaterales Dolmetschen	Der:die Dolmetscher:in überträgt beide (oder alle) Seiten eines Gesprächs zwischen Sprecher:innen unterschiedlicher Sprachen und arbeitet sowohl in die eigene Hauptsprache als auch aus ihr heraus.

Die Fachkraft sollte festlegen, welche Form des Dolmetschens erforderlich ist und welche Art der Übersetzung benötigt wird. Bitte beachten Sie, dass eine wortwörtliche Übersetzung uns manchmal der Bedeutung berauben oder in bestimmten Fällen sogar unangemessen sein kann. Dolmetscher:innen/Kulturmittler:innen müssen – soweit es ihre Fähigkeiten erlauben – versuchen, die Bedeutung des Gesagten korrekt zu übermitteln. Dass manche Wörter oder Phrasen nicht direkt übersetzbar sind, stellt nicht zwangsläufig ein Problem dar.

Hinweis: Basierend auf dem Field Guide to Humanitarian Interpreting & Cultural Mediation.

→ **VIDEO:** [Zusammenarbeit mit Dolmetscher:innen \(Video auf Englisch\)](#) 

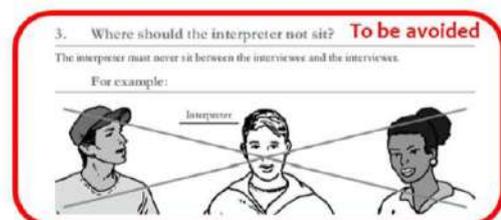
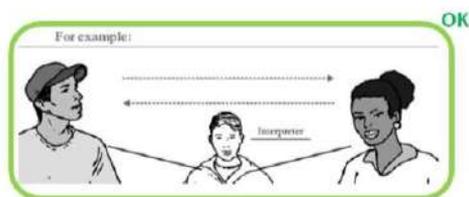
○ **Angemessene Planung des Settings**

Ein Treffen in einer Triade bringt auch spezifische organisatorische Anforderungen mit sich. Es ist wichtig, dass die Fachkraft sorgfältig berücksichtigt [2,3,5]:

- Eine längere Gesprächsdauer, da sowohl das Vor- und Nachgespräch mit der:dem Dolmetscher:in/ Kulturmittler:in als auch der Dolmetschprozess in der Hauptphase zusätzliche Zeit erfordern.
- Die Berücksichtigung von Zeit und Ort des Treffens, um zu vermeiden, dass die:der Dolmetscher:in/ Kulturmittler:in im selben Raum wie die unterstützungssuchende Person warten muss. Dies könnte dazu führen, dass sie ein Gespräch über persönliche Angelegenheiten beginnen oder um Hilfe und Rat bitten.
- Die Wahl einer geeigneten Sitzordnung, die im Voraus besprochen werden sollte. Die Positionierung der Stühle spielt eine wichtige Rolle dabei, die Kommunikation zwischen Migrant:innen/Geflüchteten und Fachkräften entweder zu erleichtern oder zu erschweren. Abbildung 3.3.1 zeigt die empfohlenen Anordnungen in einer Triade.

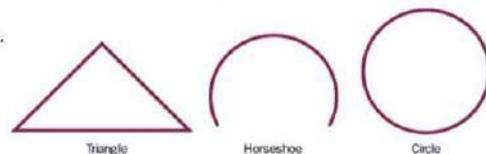
Abbildung 3.3.1. „Sitzordnung im Besprechungsraum“

The professional and the beneficiary must be able to see each other at all times.



The arrangement is subject to flexibility depending on the number of people present in the appointment:

- three people in total (professional-beneficiary-linguistic triad) sit in the shape of a triangle
- four people in the shape of a horseshoe,
- more than four people (such as a family) in the shape of a circle.



Where more than three people are present, seat the facilitator next to the professional and close to the primary beneficiary so they are able to understand the proceedings with minimum disruption to others.

Hinweis: Basierend auf DIPS (2009). *Interpreting in a Refugee Context* [5] and Papadopoulos, R. K. (2019). *Psychosocial Dimensions of the Refugee Condition* [2]

Während des Treffens

Während des ersten Treffens sollten Fachkräfte sich selbst und die:den Dolmetscher:in vorstellen und anschließend erklären:

- wer sie sind und welche Rolle sie sowie die/der Dolmetscher:in/Kulturmittler:in übernehmen.
- dass die:der Dolmetscher:in/Kulturmittler:in an einen berufsethischen Kodex gebunden ist und vollständige Vertraulichkeit über alles gewahrt wird, was während des Treffens besprochen wird. Es ist ihr:ihm nicht gestattet, Inhalte des Gesprächs mit Außenstehenden zu teilen.
- den Zweck des Treffens sowie den genauen Ablauf der Verdolmetschung und Vermittlung.
- dass der Kontakt zwischen der unterstützungssuchenden Person und der:dem Dolmetscher:in/ Kulturmittler:in nach der Sitzung vermieden werden sollte.
- Wer sie sind und was ihre Rolle sowie die Rolle von Dolmetscher:innen/Kulturmittler:innen beinhaltet.

Generell ist es eine gute Praxis, ein Sitzungsformat zu verwenden, bei dem jeder Phase Aufmerksamkeit geschenkt wird – einschließlich einer Einführungs-/Begrüßungsphase, der Vorstellung der Tagesordnung und eines abschließenden Grußes. Sowohl die/der Dolmetscher:in/ Kulturmittler:in als auch die Fachkraft sollten ihre jeweiligen Rollen, Aufgaben und Kompetenzen klar erkennen. Gleichzeitig muss deutlich sein, dass die Fachkraft für die Leitung der Sitzung oder der Dienstleistung verantwortlich ist.

Während der Begrüßungs- und Einführungsphase sollten Fachkräfte:

- die Teilnehmenden begrüßen und eine kurze Einführung in ihre eigene Rolle sowie die Rolle der Dolmetscher:innen/ Kulturmittler:in geben. Die Begrüßung sollte unmittelbar übersetzt werden
- den Teilnehmenden ihre Sitzplätze zuweisen
- die Vertraulichkeitsprinzipien erläutern
- die Art der Verdolmetschung und die geltenden Regeln erklären
- der unterstützungssuchenden Person die Bedeutung des „STOPP“-Signals erläutern

Während der Interventions- bzw. Beratungsphase sollten Fachkräfte:

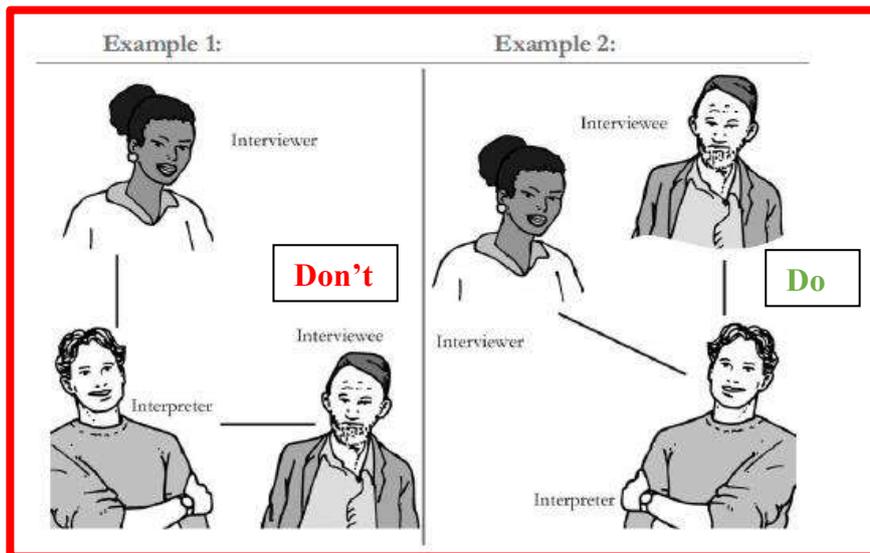
- darauf achten, Sätze und Fragen kurz zu halten und häufig Pausen einzulegen, damit der:die Dolmetscher:in/Kulturmittler:in ausreichend Zeit zum Übersetzen hat. Nach 2–3 kurzen Sätzen eine Pause machen, um eine präzise Übersetzung zu ermöglichen.
- direkt mit der migrantischen oder geflüchteten Person in der ersten Person sprechen und „Ich“ sowie „Sie“ verwenden (siehe Abbildung 3.3.2).
- Blickkontakt mit der Person halten, auch wenn der:die Dolmetscher:in/Kulturmittler:in spricht, und auf Körpersprache sowie nonverbale Signale beider Personen achten (siehe Abbildung 3.3.2).
- Fachbegriffe oder umgangssprachliche Ausdrücke vermeiden und schwierige Begriffe oder Konzepte dem/der Dolmetscher:in/Kulturmittler:in erklären.
- anerkennen, dass es Situationen geben kann, in denen der/die Dolmetscher:in/Kulturmittler:in mehr Zeit benötigt, um eine Aussage verständlicher zu erklären.
- Sarkasmus, Zynismus und Witze vermeiden, da diese meist schwer zu übersetzen sind.
- keine Gespräche mit dem/der Dolmetscher:in führen, ohne den Inhalt für die migrantische oder geflüchtete Person zu übersetzen.

In der letzten Phase des Treffens:

- Fachkräfte sollten der Person/Klient:in die Möglichkeit geben, Fragen zu stellen oder weitere Anliegen zu äußern.
- Falls erforderlich, insbesondere wenn schmerzhaft oder schwierige Themen besprochen wurden, sollte am Ende der Sitzung ein Folgetermin mit der Person und der:m Dolmetscher:in/Kulturmittler:in vereinbart werden.
- Die Person/Klient:in sollte den Raum zuerst verlassen. Grundsätzlich verlässt die:der Dolmetscher:in/Kulturmittler:in den Beratungsraum allein.

→ **VIDEO:** [Zusammenarbeit für effektive Zusammenarbeit – Was zu tun ist \(DOs\) \(Video auf Englisch\)](#) 

Abbildung 3.3.2. „Triadische Beziehung während des Treffens“



Hinweis:: Basierend auf DIPS (2009), Interpreting in a Refugee Context.

Nach dem Treffen

Nachdem die Sitzung beendet ist und die Person/Klient:in den Raum verlassen hat, sollten die Fachkraft und die:der Dolmetscher:in/ Kulturmittler:in sich Zeit nehmen, um das Treffen zu reflektieren. Die Fachkraft sollte:

- Mit der:dem Dolmetscher:in/Kulturmittler:in besprechen, ob ihre/seine Beteiligung die Kommunikation eher erschwert als erleichtert. Falls das Problem nicht gemeinsam gelöst werden kann, sollte eine vorgesetzte Person informiert werden, um eine einvernehmliche Lösung zu finden.
- Die:den Dolmetscher:in/Kulturmittler:in um Hinweise zu kulturellen Besonderheiten bitten, die das Verständnis der Interaktion verbessern könnten.
- Der:dem Dolmetscher:in/Kulturmittler:in die Möglichkeit geben, Herausforderungen bei der Verdolmetschung anzusprechen, z. B. Unterschiede in Dialekten oder Probleme im Gesprächsfluss.

-
- Eine gemeinsame Reflexion über die Behandlung oder Beratung vorschlagen, wenn dies für zukünftige Sitzungen förderlich sein könnte.
 - Nachfragen, ob die:der Dolmetscher:in/Kulturmittler:in emotional von der Sitzung betroffen ist, insbesondere wenn belastende Themen (z. B. Trauma, Tod, Folter) besprochen wurden. Falls ja, Zeit für die Verarbeitung dieser Gefühle einräumen.
 - Alle erforderlichen Formulare ausfüllen, z. B. Bestätigungsdokumente mit Abrechnungsdetails, Datum, Dauer und Unterschriften, falls zutreffend.

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Smith, S. (n.d.). *Interpreting for refugees and asylum seekers: Ensuring access to justice and services*. Retrieved July 10, 2024, from <https://dayinterpreting.com/blog/interpreting-for-refugees-and-asylum-seekers-ensuring-access-to-justice-and-services/>
- [2] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athens: Babel Day Centre and Centre for Trauma, Asylum and Refugees, University of Essex. Retrieved July 10, 2024, from https://babeldc.gr/wp-content/uploads/2023/04/2022_01_Psyxokoinonikes-diastaseis_EN.pdf
- [3] Miletic, T., Piu, M., Minas, H., Stankovska, M., Stolk, Y., & Klimidis, S. (2006). *Guidelines for working effectively with interpreters in mental health settings*. Melbourne, Australia: Victorian Transcultural Psychiatry Unit. Retrieved July 10, 2024, from <https://babeldc.gr/wp-content/uploads/2018/11/VTPUInterpreterGuidelines.pdf>
- [4] Women’s Refugee Commission & UNICEF (n.d.). *Supporting survivors of violence: The role of linguistic and cultural mediators, with a focus on gender-based violence and sexual violence against men and boys. A training curriculum*. Retrieved July 10, 2024, from <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/supporting-survivors-of-violence-the-role-of-linguistic-and-cultural-mediators-training-curriculum/>
- [5] Division of International Protection Services (DIPS) (2009). *Self-study module 3: Interpreting in a refugee context*. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). Retrieved July 10, 2024, from <https://www.refworld.org/reference/manuals/unhcr/2009/en/66441>
- [6] Translators without Borders (n.d.). *Field guide to humanitarian interpreting & cultural mediation*. Retrieved July 10, 2024, from <https://translatorswithoutborders.org/wp-content/uploads/2017/04/Guide-to-Humanitarian-Interpreting-and-Cultural-Mediation-English-1.pdf>
- [7] Clarke, S. K., Jaffe, J., & Mutch, R. (2019). Overcoming communication barriers in refugee health care. *Pediatric Clinics of North America*, 66(3), 669–686. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.02.012>
- [8] Von Törne, A. (2009). *Therapiezentrum für Folteropfer – Flüchtlingsberatung des Caritasverbandes für die Stadt Köln. Sprachliche Hürden überwinden*. Köln: Hundt Druck GmbH.
- [9] Vojak, C. (2009). Choosing language: Social service framing and social justice. *British Journal of Social Work*, 39(5), 936–949. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm144>
- [10] Weber, O., Klemp, J., Chmetz, F., Daliani, A., Diserens, E. A., & Faucherre, F. (2023). Interpreter-mediated psychiatric assessments: Metacommunication as key. *Transcultural Psychiatry*, 60(4), 626–636. <https://doi.org/10.1177/13634615221119383>

Einheit 3.4: Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der psychischen Gesundheit und psychosozialen Unterstützung

Einheitsübersicht

Diese Einheit behandelt die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Bewältigung der psychischen Gesundheits- und psychosozialen Bedürfnisse von Migrant:innen und Geflüchteten. Sie hebt die Rolle verschiedener Fachkräfte hervor, darunter Spezialisten für psychische Gesundheit, Sozialarbeiter:innen, medizinisches Fachpersonal, Dolmetscher:innen und Ehrenamtliche, die alle zu einem koordinierten Versorgungsansatz beitragen. Die Einheit befasst sich mit multisektoralen Ansätzen für psychosoziale Interventionen und konzentriert sich auf Strategien zur Stärkung der Resilienz und des sozialen Zusammenhalts. Die IASC-Richtlinien und die MHPSS-Interventionspyramide werden als Rahmen für eine strukturierte Unterstützung vorgestellt und betonen die Integration von Dienstleistungen entlang eines komplexen Versorgungskontinuums.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung](#)
2. [Klärung von Rollen und Handlungsspielräumen](#)
3. [Multisektorale Ansätze in psychosozialen Interventionen](#)

1. Einführung

Zusammenarbeit umfasst die gemeinsamen Anstrengungen mehrerer Akteure, die auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten [1]. Die Kooperation im Gesundheitswesen ist entscheidend, nicht nur für die reguläre Versorgung, sondern auch für die Bewältigung größerer Herausforderungen wie gesundheitlicher Probleme und sozialer Ungleichheiten. Durch den Zusammenschluss können Fachkräfte diese komplexen Probleme effektiver angehen. Teamarbeit trägt dazu bei, dass alle Menschen die benötigte Versorgung erhalten, insbesondere diejenigen, die sich in schwierigen Lebenssituationen befinden.

Wie wir bisher gesehen haben, ist psychische Gesundheit nicht ausschließlich das Fachgebiet von Spezialisten für psychische Gesundheit, sondern wird durch eine Vielzahl miteinander verbundener Faktoren geprägt. Die Zusammenarbeit zwischen Fachkräften im Gesundheitswesen und anderen Spezialisten kann die Versorgungsqualität erheblich verbessern, indem sie eine Umgebung schafft, die von Kommunikation, gegenseitigem Respekt und Kooperation geprägt ist [1]. Dies ist besonders wichtig, wenn es darum geht, die komplexen Bedürfnisse von Migrant- und Geflüchtetenpopulationen zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang werden interdisziplinäre Partnerschaften – die verschiedene Fachbereiche überbrücken und unterschiedliche Akteure sowie Organisationen zusammenbringen – unerlässlich. Solche Kooperationen formen ein Netzwerk gemeinsamer Anstrengungen, das die psychische Gesundheit von Migrant:innen erheblich verbessern kann. Über die unmittelbare Versorgung hinaus gewährleistet dieser integrative Ansatz eine kultursensible Dienstleistungserbringung, eine gerechte Verteilung von Ressourcen und ein tieferes Verständnis für die vielfältigen Bedürfnisse migrantischer Gemeinschaften [2].

2. Klärung von Rollen und Handlungsspielräumen

Einer der wichtigsten Aspekte dieser *interdisziplinären Zusammenarbeit („interdisciplinary collaboration“)* ist möglicherweise das Verständnis der einzigartigen Rollen und Beiträge der beteiligten Fachkräfte. Es ist entscheidend zu erkennen, wer man selbst in diesem Netzwerk ist und mit wem man zusammenarbeitet. Das Verständnis dieser Rollen trägt nicht nur zur Klärung der jeweiligen Verantwortlichkeiten bei, sondern erleichtert auch die Koordination zwischen den Fachkräften. In diesem Rahmen übernimmt jede beteiligte Person eine eigenständige, aber eng verknüpfte Rolle bei der Unterstützung der psychischen Gesundheit von Menschen auf der Flucht [3–7]:

Fachkräfte für psychische Gesundheit

Spielen eine entscheidende Rolle bei der Diagnose und Behandlung schwerwiegender psychischer Erkrankungen aufgrund ihrer spezialisierten Ausbildung und Fachkenntnisse. Sie können eine Kombination aus evidenzbasierten Interventionen (wie kognitiver Verhaltenstherapie/KVT, traumaspezifischer Therapie und interpersoneller Psychotherapie/IPT) sowie transkulturellen Ansätzen anwenden (siehe auch Einheit 2.3). Ihre Arbeit umfasst häufig (aber nicht ausschließlich) die Durchführung umfassender psychischer Gesundheitsbewertungen, die Leitung von Gruppentherapiesitzungen und die

	Auseinandersetzung mit komplexen Themen wie Trauer, Verlust und Anpassungsschwierigkeiten.
Sozialarbeiter:innen	Ergänzen die Arbeit von Fachkräften im Bereich der psychischen Gesundheit, indem sie sich mit den sozialen Determinanten der Gesundheit befassen, die das psychosoziale Wohlbefinden maßgeblich beeinflussen (siehe auch Einheit 1.2). Sie leisten direkte psychosoziale Unterstützung durch Krisenintervention, Fallmanagement und Interessenvertretung. Sozialarbeiter:innen verbinden Migrant:innen mit essenziellen Dienstleistungen wie Wohnen, Beschäftigung, Bildung und rechtlicher Unterstützung und helfen so, Barrieren für Stabilität und Integration abzubauen. Darüber hinaus setzen sie sich für systemische Veränderungen ein, um politische Maßnahmen und Programme zu verbessern, die migrantische Bevölkerungsgruppen betreffen. Durch die Koordination von Gemeinschaftsressourcen und die Förderung von Partnerschaften tragen Sozialarbeiter:innen zu einem ganzheitlichen Ansatz bei, der sowohl die sozialen als auch die klinischen Dimensionen der psychischen Gesundheit von Migrant:innen berücksichtigt.
Gesundheitsfachkräfte	Dienen als Ersthelfer:innen und erbringen ein breites Spektrum medizinischer Leistungen, von der Diagnose und Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen bis hin zur Verabreichung von Impfungen und der Kontrolle übertragbarer Krankheiten. Neben der Versorgung in klinischen Einrichtungen engagieren sie sich in öffentlichen Gesundheitsinitiativen wie Gesundheitsuntersuchungen, pränataler Versorgung und Impfkampagnen. Zudem legen sie einen Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Patient:innenaufklärung. Ihre Rolle umfasst sowohl das Management körperlicher Gesundheitsprobleme als auch die Koordination der Versorgung komplexer medizinischer Fälle. Damit unterscheiden sie sich von Psycholog:innen und Sozialarbeiter:innen, deren Fokus auf psychischer Gesundheit bzw. sozialen Determinanten der Gesundheit liegt.
Qualifizierte Dolmetscher:innen	Sind in medizinischen Kontexten unverzichtbar, da sie eine genaue und kulturell angemessene Kommunikation zwischen Gesundheitsdienstleister:innen und Migrant:innen sicherstellen. Sie spielen eine entscheidende Rolle bei der Einholung informierter Einwilligungen, der präzisen Übermittlung medizinischer und psychosozialer Anamnesen sowie der Vermittlung von Diagnosen und Behandlungsplänen. Im Gegensatz zu ungeschulten Dolmetscher:innen oder Familienmitgliedern halten sich professionelle Dolmetscher:innen an strenge ethische Standards, wahren Vertraulichkeit und Neutralität und verhindern so Missverständnisse, die zu medizinischen Fehlern oder Fehlkommunikation führen könnten.
Ehrenamtliche	Bieten praktische Unterstützung, indem sie Migrant:innen und Geflüchteten helfen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, notwendige Formulare auszufüllen und Termine wahrzunehmen. Sie tragen zur Reduzierung sozialer Isolation bei, indem sie Menschen mit Gemeinschaftsressourcen vernetzen und Selbsthilfegruppen oder Integrationsaktivitäten organisieren. Zudem stärken Ehrenamtliche das Unterstützungsnetzwerk, indem sie unerkannte Bedarfe identifizieren und als Vermittler:innen zwischen Migrant:innen/Geflüchteten und Dienstleister:innen agieren, um sicherzustellen, dass Ressourcen und Angebote zugänglich und einladend sind.

© **Hauptpunkt: Kernprinzipien und empfohlene Maßnahmen von UNHCR, IOM und der WHO**

Hier sind die wichtigsten Prinzipien und Maßnahmen, die UNHCR, IOM und die WHO [11] empfehlen, um die psychosozialen Bedürfnisse von Menschen auf der Flucht in interdisziplinären Teams zu unterstützen.

Respekt und Empowerment	Menschliche Unterstützung in
Zugang zu Informationen	Krisensituationen
Kinderschutz	Psychoedukation
Kulturelle Sensibilität und Dolmetschen	Familienunterstützung
Schwere psychische Erkrankungen	Identifizierung vulnerabler Personen
Wohlbefinden von Mitarbeitenden und	Begrenzung psychotherapeutischer
Ehrenamtliche	Behandlungen
Rollen und Verantwortlichkeiten verstehen	Koordination und Zusammenarbeit
Ganzheitlicher Betreuungsansatz	Effektive Kommunikation
	Einbindung der Gemeinschaft

3. Multisektorale Ansätze in psychosozialen Interventionen

Psychosoziale Interventionen werden definiert als „interpersonelle oder informationelle Aktivitäten, Techniken oder Strategien, die biologische, Verhaltens-, kognitive, emotionale, interpersonelle, soziale oder Umweltfaktoren ansprechen, mit dem Ziel, die Gesundheitsfunktionen und das Wohlbefinden zu verbessern“ [8]. Diese Interventionen sind besonders wichtig für Migrant:innen und Geflüchtete, da sie sowohl das individuelle als auch das kollektive Wohlbefinden fördern und Resilienz, sozialen Zusammenhalt und Integration unterstützen. Effektive psychosoziale Unterstützung zielt daher nicht nur darauf ab, Belastungen zu lindern, sondern stärkt auch die Gemeinschaftsbindung und trägt zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie des Wohlbefindens inmitten der Herausforderungen der Migration bei.

Das „Nicht-Schaden-Prinzip“ ist in diesem Kontext von grundlegender Bedeutung, da es sicherstellt, dass Interventionen die Vulnerabilitäten der betroffenen Bevölkerungsgruppen nicht unbeabsichtigt verschärfen. Migrant:innen und Geflüchtete sind oft stressigen und potenziell schädlichen Umfeldern

ausgesetzt, einschließlich feindlicher Aufnahme, unwürdiger Bedingungen und Unsicherheit, was ihre psychische Gesundheit weiter beeinträchtigen kann. Psychosoziale Unterstützung muss auf eine Weise bereitgestellt werden, die die Autonomie und Würde der Individuen respektiert und sicherstellt, dass die Hilfe an ihre spezifischen Bedürfnisse und Fähigkeiten angepasst ist.

Die Leitlinien des Inter-Agency Standing Committee (IASC) zu psychischer Gesundheit und psychosozialer Unterstützung in Notfallsituationen [9], die 2007 von einer Koalition aus über 35 humanitären Organisationen entwickelt wurden, bieten ein umfassendes Rahmenwerk für die Umsetzung dieser Interventionen. Sie betonen die Bedeutung der Integration von psychischer Gesundheit und psychosozialer Unterstützung in alle Aspekte der humanitären Hilfe und plädieren für einen ganzheitlichen Ansatz, der gemeinschaftsbasierte Strategien, Schutzmaßnahmen und menschenrechtliche Standards umfasst. Obwohl sie ursprünglich für Notfallsituationen entwickelt wurden, sind sie ebenso relevant für die alltägliche Praxis. Die Anwendung dieser Leitlinien im regulären Gesundheits- und Sozialwesen stellt sicher, dass Interventionen umfassend, kulturell sensibel und menschenrechtsbasiert sind, wodurch die Qualität und Wirksamkeit der Unterstützung für Migrant:innen und Geflüchtete verbessert wird.

Ein zentrales Konzept der IASC-Leitlinien ist die **IASC-MHPSS-Interventionspyramide** („**IASC MHPSS Intervention Pyramid**“), die aus der wachsenden Erkenntnis entstand, dass ein strukturiertes und umfassendes Vorgehen bei der psychosozialen Unterstützung und psychischen Gesundheitsversorgung erforderlich ist. Vor ihrer Entwicklung mangelte es an Klarheit darüber, wie die vielfältigen psychosozialen Bedürfnisse betroffener Bevölkerungsgruppen angemessen adressiert werden können – insbesondere in Krisensituationen, in denen Ressourcen begrenzt sind und viele verschiedene Organisationen beteiligt sind. Abbildung 3.4.1 veranschaulicht die IASC-Interventionspyramide. Die Pyramide besteht aus vier Ebenen, die jeweils unterschiedliche Bedarfsstufen abdecken:

Abbildung 3.4.1. „IASC-MHPSS-Interventionspyramide“



Hinweis: Grafik übernommen aus den [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial support in Emergency settings](#), 2007, S. 12-13

Ebene	Beschreibung	Wichtige Maßnahmen
Grundlegende Dienste und Sicherheit	Fokussiert sich darauf, Sicherheit und grundlegende Bedürfnisse (Essen, Unterkunft, Wasser, Gesundheitsversorgung) zu gewährleisten und das allgemeine Wohlbefinden durch wesentliche Dienstleistungen zu fördern.	Es sollte für grundlegende Dienste plädiert werden, die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit sollten dokumentiert und die Bereitstellung so beeinflusst werden, dass sie die psychische Gesundheit fördert; es muss sichergestellt werden, dass die Dienste partizipativ und sozial angemessen sind.
Gemeinschafts- und familienbezogene Unterstützung	Richtet sich an Menschen, die Unterstützung beim Zugang zu Familien- und Gemeinschaftsangeboten benötigen, insbesondere bei Störungen wie Vertreibung oder Trennung.	Es sollte die Familienzusammenführung unterstützt, bei der Trauerbewältigung geholfen, gemeinschaftliche Heilungsprozesse durchgeführt, konstruktive Bewältigungsstrategien gefördert und soziale Netzwerke organisiert werden (z. B. Frauengruppen, Jugendclubs).
Gezielte, nicht-spezialisierte Unterstützung	Bietet gezielte Interventionen für Personen, die spezifischere Unterstützung von geschulten, aber nicht spezialisierten Fachkräften benötigen, wie z. B. Überlebende von geschlechtsspezifischer Gewalt.	Es sollte emotionale und existenzielle Unterstützung, Psychologische Erste Hilfe (Psychological First Aid, PFA) und grundlegende psychische Gesundheitsversorgung durch Fachkräfte der primären Gesundheitsversorgung angeboten werden.

Ebene	Beschreibung	Wichtige Maßnahmen
Spezialisierte Dienste	Für einen kleinen Prozentsatz der Bevölkerung mit schweren psychischen Gesundheitsbedürfnissen, die spezialisierte psychologische oder psychiatrische Unterstützung benötigen.	Es sollten Überweisungen an spezialisierte Dienste bereitgestellt, Schulungen für Fachkräfte der primären Gesundheitsversorgung initiiert und langfristige Unterstützung für Personen mit schweren psychischen Störungen angeboten werden.

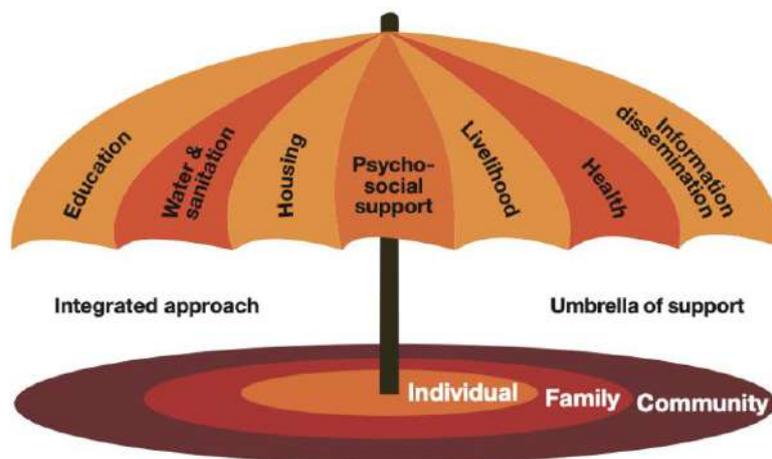
Die Behandlung von psychischen Gesundheitsstörungen ist in der Regel ein spezialisierter Dienst, der auf der oberen Ebene dieser Pyramide angesiedelt ist. In der alltäglichen Praxis ist es jedoch entscheidend, sicherzustellen, dass die Bedürfnisse auf den anderen Ebenen ebenfalls berücksichtigt werden. An dieser Stelle wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit von großer Bedeutung.

Die Arbeit der Psycholog:innen geht beispielsweise über die reine Therapie hinaus; sie umfasst die Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften, um eine Vielzahl von Bedürfnissen zu adressieren. Bevor eine Therapie beginnen kann, muss die Psychologin/der Psychologe zunächst sicherstellen, dass die grundlegenden Überlebensbedürfnisse (wie Nahrung, Unterkunft und Gesundheitsversorgung) gedeckt sind. Ohne diese wäre jede psychologische Intervention wirkungslos. In diesem Kontext können Sozialarbeiter:innen sicherstellen, dass Individuen Zugang zu diesen grundlegenden Diensten haben. Gleichzeitig können Lehrkräfte Bildungsunterstützung bieten und sowohl intellektuelle als auch emotionale Stabilität in unsicheren Zeiten gewährleisten. Sobald die Menschen die benötigte Versorgung erhalten, kann die Therapie beginnen, jedoch stets im Rahmen des breiteren Kontextes. Psycholog:innen können die Menschen dazu ermutigen, Gemeinschaftsunterstützungsgruppen beizutreten, in denen gemeinsame Erfahrungen dabei helfen, soziale Verbindungen wiederherzustellen. Neben der individuellen Therapie können Psycholog:innen auch mit Gesundheitsdienstleister:innen zusammenarbeiten, um sicherzustellen, dass gesundheitliche Anliegen im allgemeinen Gesundheitswesen angesprochen werden. Bei komplexeren psychischen Gesundheitsbedürfnissen können Psycholog:innen die Betroffenen an psychiatrische Unterstützung überweisen, um ein kontinuierliches, unterstützendes Versorgungsnetzwerk zu gewährleisten.

Dieser holistische Ansatz unterstreicht die Bedeutung der Integration grundlegender Dienste, gemeinschaftlicher Unterstützung und spezialisierter Versorgung. Jede Ebene der Pyramide unterstützt die anderen und trägt dazu bei, eine umfassende, anpassungsfähige Reaktion auf die psychischen Gesundheits- und psychosozialen Bedürfnisse der betroffenen Bevölkerungsgruppen zu schaffen.

Aufbauend auf den Ebenen der IASC-MHPSS-Interventionspyramide erweitert das Modell des „Unterstützungsdaches“, das in Abbildung 3.4.2 auf der nächsten Seite dargestellt ist, dieses Framework, indem es eine strukturierte, aber flexible Reaktion auf die komplexen Bedürfnisse von Individuen, Familien und Gemeinschaften bietet. Während die Pyramide die Bedeutung grundlegender Dienste, gemeinschaftlicher Unterstützung, gezielter Interventionen und spezialisierter Versorgung betont, dient das Modell des Unterstützungsdaches als Plattform zur Integration dieser verschiedenen Reaktionen. Es stellt sicher, dass psychosoziale Unterstützung der zentrale Einstiegspunkt ist, der die Identifikation von Bedürfnissen über verschiedene Sektoren hinweg leitet und koordinierte Anstrengungen fördert [10].

Abbildung 3.4.2. „Unterstützungsdach für Individuen, Familien und Gemeinschaften“



Source: Dr. Subhasis, American Red Cross and Indian Red Cross Society

Hinweis: Grafik übernommen aus Thierry, M. (2019). [Desk study: Official development assistance to child and family-focused mental health and psychosocial support \(MHPSS\)](#), April-Juni 2019, S. 6

Da sich psychosoziale Bedürfnisse ständig weiterentwickeln, ist es entscheidend, sicherzustellen, dass Interventionen relevant bleiben und auf diese sich verändernden Bedürfnisse reagieren.

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Jansen, L. (2008). Collaborative and interdisciplinary health care teams: Ready or not? *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 24(4), 218–227. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.06.013>
- [2] Siddiq, H., Ajrouch, K., Elhajja, A., Kayali, N., & Heilemann, M. (2023). Addressing the mental health needs of older adult refugees: Perspectives of multi-sector community key informants. *SSM. Qualitative Research in Health*, 3, 100269. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100269>
- [3] Warren, J. L., & Warren, J. S. (2023). The case for understanding interdisciplinary relationships in health care. *Ochsner Journal*, 23(2), 94–97. <https://doi.org/10.31486/toj.22.0111>
- [4] Turin, T. C., Chowdhury, N., Haque, S., Rumana, N., Rahman, N., & Lasker, M. A. A. (2021). Involving im/migrant community members for knowledge co-creation: The greater the desired involvement, the greater the need for capacity building. *BMJ Global Health*, 6(12), e007602. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007602>
- [5] Rashki Kemmak, A., Nargesi, S., & Saniee, N. (2021). Social determinant of mental health in immigrants and refugees: A systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 35, 196. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.196>
- [6] McQuilken, L., Robertson, N., Abbas, G., & Polonsky, M. (2018). Frontline health professionals' perceptions of their adaptive competences in service recovery. *Journal of Strategic Marketing*, 28, 1–25. <https://doi.org/10.1080/0965254X.2018.1511630>
- [7] Nadeau, L., & Measham, T. (2005). Immigrants and mental health services: Increasing collaboration with other service providers. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review = La Revue Canadienne de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 14(3), 73–76.
- [8] Vorensky, M., Murray, T., McGovern, A. F., Patel, Y. Y., Rao, S., & Batavia, M. (2023). Effect of integrated exercise therapy and psychosocial interventions on self-efficacy in patients with chronic low back pain: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 165, 111126. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111126>
- [9] Inter-Agency Standing Committee (2009). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Accessed July 19, 2024 from <https://www.refworld.org/policy/opguidance/iasc/2009/en/83114>
- [10] IFRC (2009). *Psychosocial Intervention: A Handbook for Training*. Blegdamsvej, 27 DK-2100 Copenhagen.
- [11] World Health Organization (2015). *Mental health and psychosocial support for refugees, asylum seekers and migrants on the move in Europe: A multi-agency guidance note*.

Einheit 3.5: Reaktion auf die besondere Situation von Kindern

Einheitsübersicht

Diese Einheit untersucht die besonderen Herausforderungen, denen migrierte und geflüchtete Kinder, einschließlich unbegleiteter Minderjähriger, gegenüberstehen, und bietet praxisnahe Strategien zur Unterstützung ihrer psychischen Gesundheit und ihres psychosozialen Wohlbefindens. Sie hebt die Bedeutung des Verständnisses der unterschiedlichen psychischen Gesundheitsbedürfnisse dieser Gruppe hervor, die je nach Alter und Migrationsphase variieren. Zudem wird die Notwendigkeit eines koordinierten, multi-institutionellen Ansatzes betont, um eine ganzheitliche Versorgung sicherzustellen. Praktische Strategien zur Unterstützung – wie der Aufbau von Vertrauen, die vorrangige Deckung grundlegender Bedürfnisse und die Bereitstellung kultursensibler Hilfe – sollen Fachkräfte im Feld mit den notwendigen Werkzeugen ausstatten, um Kinder in ihren komplexen Lebenslagen bestmöglich zu begleiten.

Einheitsabschnitte:

1. [Einführung](#)
2. [Kinder in Konflikt, Notlagen und Vertreibung \(Displacement\)](#)
3. [Praktische Strategien für die Arbeit mit migrierenden Kindern](#)

1. Einführung

Die Notwendigkeit dieser Einheit ist besonders groß, da **vertriebene Minderjährige** (*“displaced minors”*) sowie **unbegleitete und getrennte Kinder** (*“unaccompanied and separated children” - UASC*) eine spezielle Gruppe von Menschen in Bewegung darstellen. Laut der Literatur sind Kinder überproportional von erzwungener Vertreibung betroffen: Sie machen 30 % der Weltbevölkerung aus, stellen jedoch 41 % aller gewaltsam Vertriebenen [1]. Die Daten sind eindeutig: Kinder aller Altersgruppen sind von Vertreibung betroffen. Laut dem neuesten Bericht des UNHCR sind schätzungsweise 29 % der vertriebenen Kinder zwischen 0 und 4 Jahren alt, 42 % zwischen 5 und 11 Jahren und 29 % zwischen 12 und 17 Jahren [1]. Viele von

ihnen sind unbegleitete Minderjährige, die aufgrund der Trennung von und des Verlusts ihrer Familien besondere Schutzbedürfnisse und Herausforderungen haben [2]. Unbegleitete Minderjährige sind zudem besonders anfällig für psychosoziale Belastungen, da ihnen die Unterstützung durch Eltern fehlt, um migrationsbedingte Stressoren zu bewältigen [1,2]. Besonders gefährdet sind unbegleitete Mädchen – Schätzungen zufolge sind etwa 10 % von ihnen schwanger oder bereits Mütter [1,2].

Daher ist es entscheidend, mehr kindgerechte Forschung und Anerkennung der psychischen Gesundheit dieser vulnerablen Gruppen zu fördern. Die Belastung durch schwere und chronische Stressoren in der Kindheit – insbesondere in der frühen Kindheit, wenn sich die entwicklungsbedingten Systeme noch ausbilden – kann zu einer anhaltenden Aktivierung der Stressreaktionssysteme führen. Dies kann langfristig die körperlichen Systeme und die Gehirnstruktur schädigen oder toxischen Stress verursachen [1,3,4]. Vertriebene Kinder und Jugendliche haben ein erhöhtes Risiko für klinisch relevante psychische Gesundheitsprobleme, da sie über längere Zeiträume hinweg kumulativen belastenden Erfahrungen ausgesetzt sind, die sich nicht nur auf ihre Kindheit, sondern auch auf ihr weiteres Leben auswirken können [1,3].

2. Kinder in Konflikt, Notlagen und Vertreibung (Displacement)

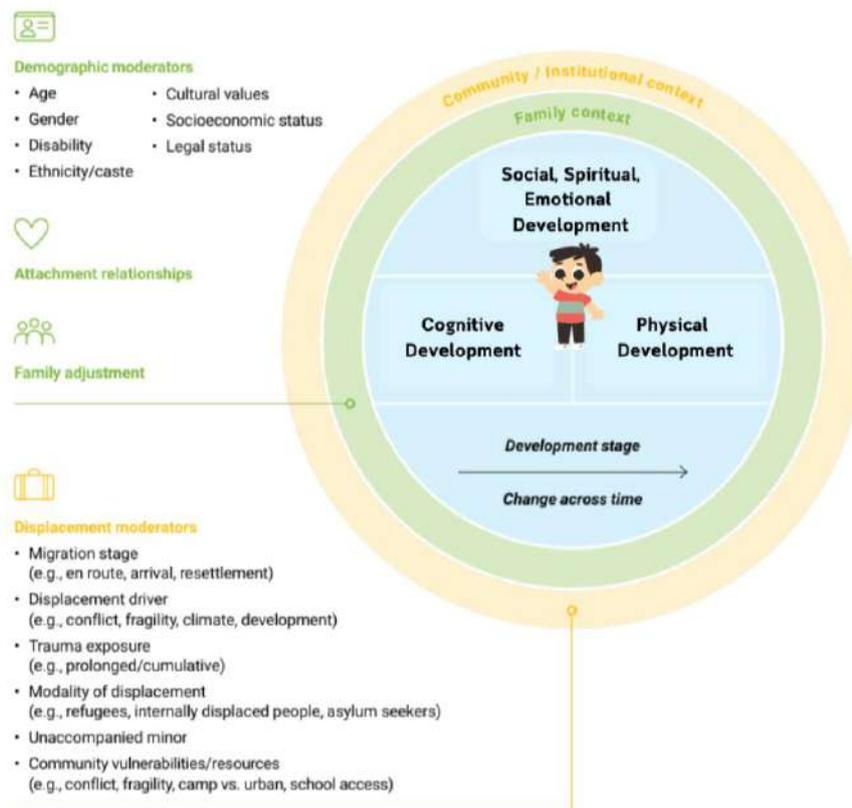
Migrierende Kinder und Jugendliche

Gemäß der UN-Kinderrechtskonvention werden **Kinder („children“)** als „jeder Mensch unter 18 Jahren definiert, es sei denn, nach dem auf das Kind anwendbaren Recht wird die Volljährigkeit früher erreicht“ [4]. Geflüchtete Kinder stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar, die sich von anderen Geflüchtetengruppen unterscheidet [7], da sie sich in einer hochsensiblen Entwicklungsphase befinden und einzigartige Erfahrungen machen. Ihre Belastung durch Widrigkeiten, Verlust und Umbrüche in kritischen Phasen der körperlichen, emotionalen und kognitiven Entwicklung kann langfristige Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit und ihr gesamtes Wohlbefinden haben.

Die psychischen Herausforderungen, mit denen migrierende Kinder und Jugendliche konfrontiert sind, sind komplex und entstehen aus einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren über die Phasen **der Vor-Migration**, des Transits **und der Post-Migration** hinweg [7]. Kinder sind von Natur aus anfälliger für die

negativen Folgen von Vertreibung, da sie noch dabei sind, kognitive und emotionale Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Darüber hinaus sind migrierte und geflüchtete Kinder einem erhöhten Risiko ausgesetzt, unterbrochene Bindungen zu Bezugspersonen zu erleben und Schwierigkeiten bei der Identitätsbildung zu haben, was zu weiteren psychischen Belastungen führen kann. Die Forschung zur psychischen Gesundheit junger Migrant:innen und Geflüchteter unterstreicht die Bedeutung, diese Herausforderungen im Kontext jeder Migrationsphase zu betrachten und sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren zu berücksichtigen, die in den jeweiligen Phasen auftreten können [8]. Einheit 1.2 und Einheit 1.3 behandelten bereits die Risikofaktoren für erwachsene Migrant:innen und Geflüchtete. Nachfolgend wird ein erweitertes Modell der Faktoren dargestellt, die die psychische Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden von Kindern beeinflussen.

Abbildung 3.5.1. „Konzeptuelles Modell zur psychischen Gesundheit vertriebener Kinder“



Hinweis: Grafik reproduziert vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von UNICEF, 2023, [Mental Health in Displaced Child and Youth Populations: A developmental and Family Systems Lens](#) (S. 22).

Unbegleitete Minderjährige

A Eine besondere und verletzliche Gruppe von vertriebenen Kindern sind unbegleitete Minderjährige. Diese Gruppe ist nicht nur den gleichen Widrigkeiten wie andere vertriebene Kinder ausgesetzt, sondern muss auch ohne die Unterstützung einer Bezugsperson zurechtkommen, da sie keine Familie mehr hat. Darüber hinaus haben viele Minderjährige mit Trauer und Verlust zu kämpfen, aufgrund der Trennung von oder dem Tod ihrer Eltern [1,2]. Das Fehlen dieser wichtigen Schutzquelle erhöht das Risiko, zusätzlichen negativen Erfahrungen, Missbrauch und Ausbeutung ausgesetzt zu sein. Die meisten unbegleiteten Minderjährigen sind jugendliche Jungen im Alter von 14 bis 17 Jahren, obwohl der Anteil jüngerer und unbegleiteter Mädchen zunehmend steigt [2].

Phasen in der Kindheit und Adoleszenz

Außerdem ist die Auswirkung der Vertreibung in den verschiedenen Phasen der Kindheit und Adoleszenz unterschiedlich. Die folgende Tabelle erklärt die unterschiedlichen Bedürfnisse und Reaktionen auf Stress in den einzelnen Altersintervallen.

Altersintervalle	Spezifische Bedürfnisse	Reaktion auf Stress
0-5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Pflege • Schutz • Reaktionsfähigkeit auf ihre unmittelbaren physischen und emotionalen Bedürfnisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl der Überwältigung, Dissoziation oder Passivität • Hohe Angstlevels • Geringes Selbstvertrauen, Mangel an Selbstwirksamkeit • Schwierigkeiten, Vertrauensbeziehungen aufzubauen und schwer zu engagieren
5-12 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung • Aushandeln von Peer-Beziehungen und Freundschaften • Entwicklung praktischer Fähigkeiten, während eine sichere Basis innerhalb der Familie aufrechterhalten wird 	<ul style="list-style-type: none"> • Übermäßiges Verantwortungsgefühl • Ständiges Gefühl des Versagens aufgrund der Entwicklungsunangemessenheit für das, was von ihnen verlangt wird

12-18 Jahre	Entwicklungsaufgaben einschließlich: <ul style="list-style-type: none"> • Erreichung persönlicher Unabhängigkeit • Erwerb beruflicher Fähigkeiten • Entwicklung eines Rollen- und Verantwortungsbewusstseins außerhalb des Familienkreises 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiefes Gefühl von Verlassenheit und Einsamkeit • Gefühl sozialer Entfremdung, begleitet von dem Gefühl, diskriminiert zu werden → folglich Entfremdung
--------------------	---	---

Hinweis: Anhand von Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.

Im Alter von 0 bis 5 Jahren beeinflusst die Vertreibung hauptsächlich das körperliche Wachstum und die Gehirnentwicklung. Sie kann auch die emotionale Entwicklung beeinträchtigen [10]. Im mittleren Kindesalter (5–12 Jahre) betrifft die Vertreibung die Entwicklung von Unabhängigkeit und Autonomie in Bezug auf Eltern, Gleichaltrige und andere Erwachsene. Das Kind lernt Verhaltensnormen, beginnt, kulturelle Werte und Rituale zu assimilieren, einschließlich religiöser Praktiken, und entwickelt ein Verständnis für moralische Rahmenbedingungen [10]. Bei Jugendlichen stützen sich die neurodevelopmentalen Prozesse auf diese Verhaltensänderungen, einschließlich der Formung und Reifung neuronaler Netzwerke für soziale Kognition und Selbstregulation [10]. Schließlich wird berichtet, dass bei älteren Kindern höhere Raten von psychischen Gesundheitsproblemen im Vergleich zu jüngeren Kindern bestehen, wie etwa höhere Raten von Traumata und Herausforderungen in der emotionalen Selbstregulation (z. B. emotionale Dysregulation), PTBS, Depression und Angstzuständen [1,8].

Weitere Informationen zu den Risikofaktoren und Schutzfaktoren, mit denen migrierende und geflüchtete Kinder konfrontiert sind, sind im  [Repository](#) (siehe 3.5 – “Useful Resources”).

3. Praktische Strategien für die Arbeit mit migrierenden Kindern

Um effektive Strategien zur Unterstützung von migrierenden und geflüchteten Kindern zu entwickeln, ist es entscheidend, die Kapazitäten der wichtigsten Akteure, einschließlich Eltern, Erziehungsberechtigten, Lehrkräften und anderen Betreuungspersonen, im Bereich der mentalen Gesundheit und psychosozialen Unterstützung auszubauen. Dies erfordert, sie mit dem Wissen und den Werkzeugen auszustatten, um die

komplexen Bedürfnisse der Kinder zu verstehen und Umgebungen zu schaffen, die Heilung und Resilienz fördern. Insbesondere ist es wichtig, dass Betreuungspersonen folgendes verstehen:

1. Wie der Zugang zu sicheren und förderlichen Umgebungen einen positiven Einfluss auf die mentale Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen hat.
2. Wie ihre eigene mentale Gesundheit und ihr Wohlbefinden das des Kindes in ihrer Obhut beeinflussen.
3. Was der direkte Zusammenhang zwischen der mentalen Gesundheit und dem psychosozialen Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und der Qualität ihrer Beziehungen ist [1,9].

Die auf der folgenden Seite aufgeführten Fragen bieten einen nützlichen Rahmen für die Interaktion und Erkundung während Gesprächen mit Kindern und Jugendlichen [10]. Denke daran, eine offene, nicht wertende Atmosphäre zu fördern, indem du Neugier auf kulturelle Überzeugungen zeigst, und stelle offene Fragen, um zu sehen, wie diese die Erfahrungen des Kindes beeinflussen könnten. Gib Kindern und Jugendlichen etwas Handlungsspielraum im Prozess, indem du ihre Grenzen respektierst und ihnen die Kontrolle darüber lässt, was sie teilen möchten und wann sie es teilen möchten.

Frage	Begründung
Möchtest du sprechen, spielen oder zeichnen? Du musst nicht sprechen, wenn du nicht willst.	Manchmal bevorzugen es Kinder und Jugendliche, zu spielen, zu zeichnen oder sogar zunächst einfach nur zuzuhören.
Wobei möchtest du Hilfe bekommen?	Ein Kind könnte Dinge wie ein Telefon, ein Fahrrad, ein Spielzeug oder ein Haustier vermissen und möchte vielleicht zunächst darüber sprechen. Manchmal kann ein lösungsorientierter Ansatz zu relativ schnellen Fortschritten führen und dabei helfen, Vertrauen und Engagement aufzubauen. Die Besprechung von alltäglichen Problemen, wie Einsamkeit oder Schüchternheit, kann allmählich zu anderen wichtigen Themen wie Scham und Schuld führen. Visuelle Hilfsmittel können hilfreich sein, zum Beispiel das Zeichnen einer Karte der Bereiche, die angesprochen werden müssen.
Was müssen wir wissen, um dich zu verstehen?	Stelle Fragen auf eine interessierte, nicht wertende Weise über ihren Hintergrund, z. B. darüber, wo sie aufgewachsen sind oder welche Spiele sie früher gespielt haben. Was sind ihre Hoffnungen und Träume? Diese Fragen können dem Kind das Gefühl geben, dass jemand wirklich wissen möchte, wer sie sind.

<p>Wie ist das Leben hier? Was ist am besten? Was ist schwer? Was fehlt?</p>	<p>Kinder, insbesondere unbegleitete Minderjährige, möchten oft in erster Linie ihr Leben im Gastland fortsetzen, und ein Gespräch über ihr Leben hier könnte sie anfangs eher ansprechen. Es kann ihnen auch ermöglichen, ihre Enttäuschung und Gefühle wie Heimweh und das Vermissen von geliebten Menschen auszudrücken.</p>
<p>Wer hat entschieden, dass du gehen musstest, und warum?</p>	<p>Dies beginnt ein Gespräch darüber, was ihnen widerfahren ist.</p>
<p>Was hat dir geholfen, damit zurechtzukommen? Worin bist du gut? Was macht dir Freude? Wer hat dir geholfen, damit umzugehen? </p>	<p>Zuerst nach Erfolgen zu fragen und positive Erfahrungen, Ressourcen sowie Bewältigungsstrategien zu erkunden, lenkt den Fokus auf Stärken statt auf Probleme. Dies kann auch helfen, andere wichtige Bezugspersonen (und Gleichaltrige) zu identifizieren. Außerdem kann das Kind sich vorstellen, was diese Personen über die aktuelle Situation sagen würden.</p>
<p>Wem hast du auf deinem Weg geholfen?</p>	<p>Dies erinnert das Kind daran, dass es Handlungsspielraum, Kompetenzen und Fürsorge für andere besitzt.</p>
<p>Welche Unterstützung hast du jetzt?</p>	<p>Vielleicht kann eine „Karte“ der Beziehungen um das Kind herum gezeichnet werden, die zeigt, was jede dieser Beziehungen besonders macht. Dazu können Eltern, erweiterte Familie, Familie im Heimatland, Pflegeeltern, Unterstützungsarbeiter:innen, soziale Dienste, Schule, Ärzt:innen, Anwält:innen, Wohltätigkeitsorganisationen und Ehrenamtliche gehören. Diese Karte kann das Gefühl von Unterstützung und Verbundenheit stärken und später wieder aufgegriffen werden. Auch verlorene Unterstützung kann einbezogen werden, um darüber nachzudenken, wie sie möglicherweise wiedergewonnen werden kann. Das soziale Netzwerk spielt eine wichtige Rolle bei Erholung und Wachstum, und seine Stärken sowie Schwächen sollten bei der Planung von Maßnahmen berücksichtigt werden.</p>
<p>Was ist passiert?</p>	<p>Wenn das Kind bereit ist, über die Vergangenheit zu sprechen, nutze Impulse für sowohl positive als auch negative Erinnerungen. Was geschah sonst noch in ihrem Leben, als die Dinge schiefgingen? Achte auf die entwicklungsbedingten Auswirkungen von positiven und negativen Erlebnissen. Wie verstehen sie die Ereignisse jetzt, wenn sie zurückblicken? Gibt es Dinge, die sie getan haben oder tun mussten, für die sie sich schlecht fühlen? Gibt es Dinge, auf die sie stolz sind? Welche sind das?</p>

Hinweis: Anhand von Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.

Bei der Entwicklung einer umfassenden Einschätzung für ein Kind oder eine:n Jugendliche:n ist es entscheidend, mehrere Faktoren zu berücksichtigen, die ihr Wohlbefinden beeinflussen.

- Berücksichtigen Sie die Entwicklungsstufe des Kindes – sowohl in Bezug auf seinen aktuellen emotionalen und psychologischen Zustand als auch darauf, wie vergangene Ereignisse seine Entwicklung geprägt haben könnten.
- Achten Sie besonders auf die Unterbrechung früher Bindungen, da belastende Ereignisse im Zusammenhang mit der Migration Trennungen von primären Bezugspersonen verursacht oder bestehende Bindungen gestört haben könnten.
- Erkennen Sie die Veränderungen in familiären Rollen während der Migration an, da diese Kindern zusätzliche Belastungen auferlegen können, ohne dass sie sich dieser neuen Verantwortung bewusst sind – was sich auf ihre emotionale und psychische Gesundheit auswirken kann.
- Beurteilen Sie die Erfahrungen des Kindes in der Schule, einschließlich seines sozialen und akademischen Bewältigungsverhaltens, und ob sich seine Leistungen im Vergleich zur Zeit vor der Migration verändert haben.
- Holen Sie Informationen von Dritten ein, z. B. von Familienmitgliedern, Lehrkräften oder sozialen Diensten, um ein umfassenderes Verständnis der Erfahrungen des Kindes zu gewinnen.

Die Arbeit mit migrierenden und geflüchteten Kindern und Jugendlichen erfordert einen koordinierten Ansatz, der die Zusammenarbeit einer Vielzahl von Behörden und Organisationen einschließt (siehe auch Einheit 3.4). Dazu gehören Schulen, Gemeinschaftsgruppen, primäre Gesundheitsdienste, lokale Behörden und Organisationen des dritten Sektors [1,8,9]. Kinder und Jugendliche in diesen Situationen haben komplexe, vielschichtige Bedürfnisse, da sie gleichzeitig mit Verlust, Widrigkeiten und neuen Erfahrungen umgehen müssen. Oft hatten sie vor ihrer Ankunft im Aufnahmeland nur begrenzten Zugang zu unterstützenden Diensten. Daher müssen Fachkräfte möglicherweise eine Fürsprecher:innenrolle übernehmen, indem sie bei grundlegenden Bedürfnissen wie Unterkunft, Schulbildung und der Anbindung an geeignete Unterstützungssysteme helfen. Der Aufbau eines starken Netzwerks ist entscheidend, um eine ganzheitliche Betreuung sicherzustellen und das psychosoziale Wohlbefinden des Kindes in einem breiteren Kontext zu fördern.

Der Kontakt zu migrierenden und geflüchteten Kindern kann herausfordernd sein, da viele aufgrund vergangener Erfahrungen, kultureller Unterschiede oder Bedenken hinsichtlich der Verbindung der Fachkraft zu Einwanderungsbehörden misstrauisch gegenüber Erwachsenen sein könnten. Um diese Barrieren zu überwinden, ist es wichtig, die eigene Rolle in einer Weise zu erklären, die mit dem kulturellen Hintergrund des Kindes in Resonanz steht. Beispielsweise kann die Frage, mit wem sie in ihrer Heimat gesprochen hätten, wenn sie verwirrt oder traurig waren, dem Kind helfen, die Rolle der Fachkraft besser zu verstehen.

Zudem ist Peer-Unterstützung von entscheidender Bedeutung, da Gleichaltrige oft eine Brücke zwischen der alten und der neuen Kultur bilden und so die Akzeptanz von psychosozialer Unterstützung erleichtern. Die Einbindung von Kindern in weniger formelle Umgebungen, wie Sport- oder Gruppenaktivitäten, kann ihnen helfen, sich wohler zu fühlen und sich auf andere Interventionen einzulassen. Für unbegleitete migrierende Jugendliche, die auf dem Weg ins Erwachsenenalter sind und mit dem Risiko konfrontiert werden, ab dem 18. Lebensjahr professionelle Unterstützung zu verlieren, können Peer-Unterstützungsgruppen ein wertvolles Netzwerk bieten, das über diese Altersgrenze hinaus besteht [1,2]. Idealerweise sollten diese jungen Menschen Zugang zu einem interdisziplinären Team haben, das ihre Fälle begleitet und eine kontinuierliche Unterstützung in dieser kritischen Übergangsphase gewährleistet [2,9].

Bevor psychische Gesundheitsinterventionen eingeleitet werden, ist es essenziell, sich zunächst um grundlegende Bedürfnisse zu kümmern, wie die Sicherheit des Kindes und seine soziale Verbundenheit. Für unbegleitete Minderjährige kann dies die Zusammenarbeit mit sozialen Diensten beinhalten, um Ausbeutung oder den Anschluss an kriminelle Gruppen zu verhindern. In der frühen Phase der Betreuung haben das Schaffen einer sicheren Umgebung und der Aufbau sozialer Netzwerke oberste Priorität. Kinder in temporären Unterkünften können davon profitieren, mit lokalen Unterstützungsgruppen verbunden zu werden, während Familien möglicherweise Hilfe benötigen, um familiäre Rollen neu zu definieren. Schulen können eine wertvolle Ressource sein, stellen aber auch Herausforderungen dar, wie Mobbing oder schulischen Leistungsdruck. Daher ist es wichtig, mit Schulen zusammenzuarbeiten, um sicherzustellen, dass sie die spezifischen Bedürfnisse migrierender und geflüchteter Kinder verstehen.

Psychosoziale Interventionen sollten an die individuellen Erfahrungen jedes Kindes angepasst und schrittweise sowie entwicklungsangemessen eingeführt werden. Für einige Kinder, insbesondere jene, die extremen Widrigkeiten ausgesetzt waren, können spezialisierte Interventionen erforderlich sein. Allerdings sollten solche Maßnahmen erst dann eingeleitet werden, wenn das Kind ausreichend stabil ist, um sich darauf einzulassen. In den frühen Phasen können einfachere Interventionen, wie die Normalisierung aufdringlicher Gedanken oder das Erlernen von Entspannungstechniken, dabei helfen, Stress zu lindern. Kreative Therapieformen, darunter Kunst-, Musik- oder spielbasierte Therapien, sind oft besonders wirksam für Kinder, die Schwierigkeiten haben, ihre Erlebnisse in Worte zu fassen. Die Tabelle auf der nächsten Seite fasst einige Ansätze zur Unterstützung unbegleiteter Jugendlicher zusammen, die auch Kindern in anderen Lebenslagen, einschließlich jener in familiären Kontexten, zugutekommen können [10].

<p>Das Netzwerk stärken</p>	<p>Jugendliche sind besonders sensibel für soziale Ausgrenzung und Einsamkeit, reagieren jedoch stark auf den Rat und den Einfluss von Gleichaltrigen. Es ist wichtig, Verbindungen zu Peers zu fördern – sowohl zu jenen in ähnlichen Situationen als auch zu Jugendlichen, die bereits länger im Vereinigten Königreich leben und als „Brückenbauer:innen“ fungieren können. Zudem sollte in Betracht gezogen werden, Verbindungen zu Familienmitgliedern in der Heimat oder anderswo zu stärken sowie kulturelle Aktivitäten zu unterstützen, die sowohl ihre eigene Kultur als auch die Kultur des Vereinigten Königreichs einbeziehen.</p>
<p>Zuerst auf Hoffnungen und Träume eingehen</p>	<p>Unbegleitete junge Menschen haben oft mit großen Hoffnungen für die Zukunft begonnen (oder wurden mit diesen Hoffnungen auf den Weg geschickt) und möchten nach vorne blicken. Kohli (Digital Notebooks For Social Work — Apprentis d’Auteuil, kein Datum) schlägt vor, zunächst auf die Zukunft einzugehen, dann die aktuellen Herausforderungen zu behandeln, bevor die Vergangenheit thematisiert wird. Dies kann die Fachkraft mit der wahrgenommenen Lebensperspektive des Jugendlichen in Einklang bringen und das Engagement fördern.</p>
<p>Belastung managen</p>	<p>Selbstmanagement von Übererregung wird wahrscheinlich erforderlich sein, um neue soziale Verbindungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten sowie neue Lernmöglichkeiten zu eröffnen. In Gruppenprogrammen können Spiele nicht nur eine unbeschwertere Verbundenheit fördern, sondern auch dabei helfen, Aktivitäten zu entdecken, die Stress abbauen. Zum Beispiel könnten die Teilnehmer:innen nach dem Spiel gefragt werden, was ihrer Meinung nach dazu beigetragen hat, dass sie sich besser fühlten (z. B. „etwas zusammen tun“, aktiv sein, Ablenkung), und gemeinsam überlegen, wie dies auch außerhalb der Sitzung umgesetzt werden könnte.</p>
<p>Das Schweigen brechen</p>	<p>Das Fördern von Erfahrungsaustausch unter Gleichaltrigen wurde ebenfalls als förderlich für die Genesung hervorgehoben (Majumder, 2016). Dies kann den Jugendlichen das Gefühl geben, validiert zu werden und dass ihre Reaktionen normal sind, sowie ihnen helfen, Bedeutung aus ihren Erfahrungen zu ziehen</p>

**Selbstbestimmung
und Unabhängigkeit
unterstützen**

Das Erkennen und Ansprechen von Bedürfnissen nach Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, neben ihren Bedürfnissen nach Unterstützung, verbindet sich mit ihren Entwicklungsbedürfnissen in dieser Phase. Es ist auch eine notwendige Vorbereitung auf die Entlassung von Dienstleistungen, wenn sie 18 Jahre alt werden.

Hinweis: Anhand vom Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals. Cambridge University Press.

Der Übergang von geflüchteten Kindern, insbesondere unbegleiteten Minderjährigen, ins Erwachsenenalter ist:

- zeitaufwendig,
- ein interdisziplinärer Prozess, der eine klare Kommunikation innerhalb und zwischen den Institutionen erfordert,
- abhängig von Transparenz und der Konsultation mit den Jugendlichen, um sie während dieser Phase des bedeutenden Wandels effektiv vorzubereiten und zu unterstützen.

Verschiedene Faktoren, die den Erfolg des Weges zur Autonomie beeinflussen, müssen berücksichtigt werden, um jedem jungen Menschen die angemessene und notwendige Unterstützung zu bieten [1,2,8,9].

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] UNICEF (2023). *Mental health in displaced child and youth populations: A developmental and family systems lens*.
- [2] Council of Europe (2023). *Toolkit on the transition of unaccompanied migrant children to adulthood*.
- [3] Franco, D. (2018). Trauma without borders: The necessity for school-based interventions in treating unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(6), 551–565. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0552->
- [4] UNHCR (2024). *Refugee children and youth*. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/age-gender-diversity/refugee-children-and-youth>
- [5] Bamford, J., Fletcher, M., & Leavey, G. (2021). Mental health outcomes of unaccompanied refugee minors: A rapid review of recent research. *Current Psychiatry Reports*, 23(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01262-8>
- [6] Lara, C., & Volante, L. (2019). The education and integration of immigrant children in Ontario: A content analysis of policy documents guiding schools' response to the needs of immigrant students. *Canadian Journal of Educational Administration and Policy*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1238333.pdf>
- [7] Von Werthern, M., Grigorakis, G., & Vizard, E. (2019). The mental health and wellbeing of unaccompanied refugee minors (URMs). *Child Abuse & Neglect*, 98, 104146. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104146>
- [8] Spaas, C., Said-Metwaly, S., Skovdal, M., Primdahl, N. L., Jervelund, S. S., Hilden, P. K., Andersen, A. J., Opaas, M., Soye, E., Watters, C., Verelst, A., Derluyn, I., Colpin, H., & Haene, L. D. (2023). School-based psychosocial interventions' effectiveness in strengthening refugee and migrant adolescents' mental health, resilience, and social relations: A four-country cluster randomized study. *Psychosocial Intervention*, 32(3), 177–189. <https://doi.org/10.5093/pi2023a12>
- [9] UNICEF (2021). *Global multisectoral operational framework*.
- [10] Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.



Von der Europäischen Union finanziert.

Die geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen jedoch ausschließlich denen des Autors bzw. der Autoren und spiegeln nicht zwingend die der Europäischen Union oder der Europäischen Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) wider. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden.

Diese Arbeit ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Repository

Module 3. Improving Skills in Managing Migrants' Mental Health Needs

The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

Unit: 3.2 Cultural Awareness

Handout 1: “Cultural Competence – Case Studies and Best Practices”

Is Poverty Making Me Sick? An Example of the Impact of Medical-Legal Partnership on Keeping Children Healthy

Introduction

Physicians who serve vulnerable patient populations often struggle to identify and address risks related to the social determinants of health (SDH). These often complex structural issues and institutional barriers affect patients' health and include risks related to substandard housing and lack of access to basic supports like health insurance and food assistance. Many of these barriers to health have significant legal underpinnings – e.g., enforcement of housing safety ordinances and erroneous delays and denials of eligibility for Medicaid and programs like the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Still, it can be overwhelming and discouraging for physicians as they try to tackle such complex nonclinical issues on their own. Physicians need partners, both inside the clinic and in the community, to effectively address the needs of their patients. The following case study explores the value of the medical-legal partnership (MLP) approach in addressing risks related to the SDH. MLPs embed legal professionals and law students alongside healthcare professionals to address social and structural barriers to patient and population health through training and education, consultation, referral, and collaborative upstream problem-solving [1].

Below, we introduce a clinical case in order to illustrate the ways that MLPs can provide an evidence-based approach to identifying and managing health-relevant social and environmental risks. The case is one that is not uncommon in pediatrics; although similar issues could come up in other practice areas, including family medicine and obstetrics. Specifically, through the case below, we illustrate the value of a systematic approach to SDH screening, referral of appropriate cases to an MLP's legal advocates, and ongoing analysis of population-level patterns that emerge from individual patient cases reviewed by MLPs. We highlight how such strategies

ultimately empower clinicians to affect structural changes in ways that can improve the health of their individual patients and their patient panels more broadly.

Section 1: A Common Medical Case

It is a hot day in early summer. You cannot believe it is more than 90° in May. You are thankful for air conditioning, to say the least! You are a 2nd year pediatric resident with a busy schedule, and your first patient just arrived. You look down at your docket for the day only to see the appointment is a “twofer,” a brother and sister coming to see you together. The brother is a 7-year-old boy named Chris. He is being seen for a follow-up visit as he was discharged from the hospital 2 days ago. His sister, Brianna, is being seen for a weight check; she is 2 months old with a chief complaint of “poor weight gain.” You try to spend your last minute before knocking on their door preparing yourself for the visit. How will you assess their medical risks? Are there other concerns or triggers likely to be raised? How will you respond? Will this be a quick in-and-out visit, or are you poised to start your day behind? Finally ready, you knock on the door.

You start with Chris. Between your review of the electronic health record and your discussion with him and his mother, Ms. Williams, you uncover the following. Just days ago, Chris was hospitalized for roughly 48 h due to an acute asthma exacerbation. He is a known asthmatic, and this is his third lifetime admission; his second was in the last 6 months. He has also visited the emergency department multiple times for asthma in the last year. During his recent inpatient stay, he was placed on the evidence-based protocol for asthma management and left the hospital feeling better than when he was admitted. He is on two daily controller medications, and Chris and Ms. Williams report that he takes them both “most of the time.” On your physical examination, Chris seems to be breathing comfortably. He is not actively wheezing. You are pleased that he seems to have improved from his acute asthma attack.

You move on to his younger sister, Brianna. Prior to entering the room, you had noticed some concerning aspects of her growth curve. She has not been growing at the velocity that you would have liked to have seen. This is also not a new complaint or concern – Brianna was recently seen by a colleague of yours who had been tracking her weight closely. The dietician saw her at the last visit as well. Ms. Williams says that Brianna continues to exclusively breastfeed and does not have any emesis. Ms. Williams is fairly certain she has adequate milk supply; the child latches well and is feeding every 3 h, even at night. Brianna has had the requisite number of wet and dirty diapers. Her physical examination is normal and does not point to any specific organic causes of her poor weight gain.

You leave the room to discuss both of these children with your preceptor. To summarize, you have a 7-year-old boy who has gotten over the worst of an acute asthma exacerbation and a 2-month-old girl who, you are worried, is failing to thrive. For Chris, you are tempted to ensure that he has adequate supply of his acute and chronic asthma medications and plan to see him back in 2–3 months. For Brianna, you are contemplating asking Ms. Williams to fill out a detailed feeding diary to more effectively identify how much Brianna is truly eating.

You are then considering a follow-up visit with both in 1 month. Are these plans adequate? Would other, as yet unasked, questions lead you down different paths, ones that could more effectively identify and address common root causes? Can we look at these same cases using a different lens?

Section 2: Shifting Perspective

We frequently fall into heuristics that prompt us to see clinical cases narrowly. As physicians, we may become accustomed to treating certain ailments in certain ways such that we may miss clues that would appropriately take us off that standard path. For example, asthma is generally treated using evidence-based protocols. These protocols help us to effectively manage acute exacerbations or attacks. They may not, however, provide us with the tools to identify triggers of that attack. Such protocols can at times create blinders, streamlining, and/or oversimplifying our approach to problems or issues that may be inherently complex [2]. How can we break free from a mindset that might be limiting our ability to see the forest for the trees (without, of course, ignoring the trees themselves)?

Health inequities in childhood are widespread and are often exacerbated by risks related to the SDH. For example, much is now known about the higher incidence and severity of asthma among children who live in substandard housing [3,4,5]. Although children living in low-income households are somewhat more likely to be diagnosed with asthma, they are far more likely to suffer the worst outcomes due in large part to adverse environmental exposures [2, 5,6,7] – they are far more likely to experience the attacks endured by our previously referenced 7-year-old patient, Chris. Indeed, exposures to water damage, mold and mildew, pests like cockroaches and rodents, tobacco smoke, and pollutants are all known to make asthma worse [8,9,10,11]. As another example, we know that hunger and food insecurity are exceedingly common in this country. Roughly one in four children lives in food-insecure households, where a food-secure household is defined by the US Department of Agriculture (USDA) as “access by all people at all times to enough food for an active, healthy life” [12, 13]. The rate of food insecurity is likely to be even higher within at-risk, under-resourced populations served by many academic primary care centers [14, 15]. As such, identifying these types of triggers and risks, such as adverse housing and food insecurity, as part of routine screening is gaining favor as a key component of preventive, outpatient care and is also starting to be implemented in some inpatient settings [16,17,18].

Of course, identifying risks is one thing, but overcoming those risks is the ultimate goal. However, physicians and those working within clinical settings may not have the requisite expertise to act appropriately. Community partners, organizations, and agencies with needed, complementary expertise may be critical adjuvants to the services clinicians and medical professionals can provide.

An MLP is an interdisciplinary collaboration between a medical entity such as a clinic or hospital and a legal entity such as an attorney, legal aid office, or law school. MLP partners approach improving health for their target population by addressing risks related to the SDH. By helping medical partners to identify and address legal barriers that may cause or exacerbate health problems, legal professionals can be key members of the

healthcare team [19, 20]. Since addressing these legal barriers, which are frequently synonymous with risks related to the SDH, often requires a multidisciplinary team approach, MLP is an important component of medical education in structural competence. Training medical students and residents in the MLP approach is an opportunity to impart to the next generation of physicians the knowledge, skills, and attitudes to recognize and address barriers to health on the patient, clinic/institution, and population levels [21, 22].

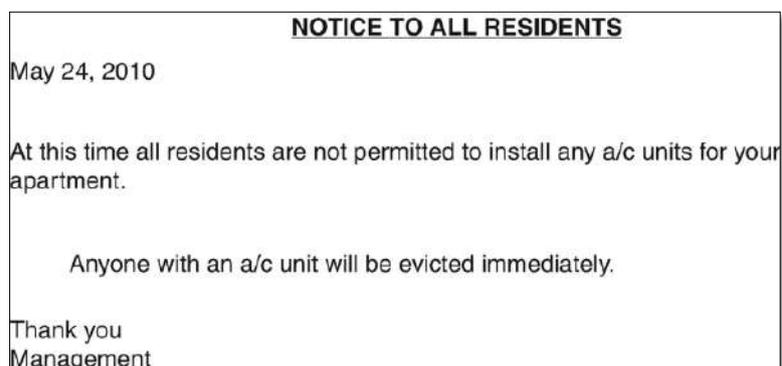
To illustrate this point, let us return to our case, this time, imagining that there was a legal advocate just down the hall for the resident to consult, and she offered to join the resident in their visit.

Section 3: Revisiting This Common Medical Case with Added Perspective

After you, the pediatric resident, left the room the last time, you realized you needed help. Yes, Chris' asthma symptoms were better, but you were really worried that he was at high risk of being rehospitalized in the future. Yes, Brianna's failing to thrive did not appear to have an organic cause, but you just could not understand why she was not growing. As you discussed these concerns with your preceptor, she suggested you go back to the room to obtain more history. She recommended posing questions to the family about their in-home exposures, their experience with their public benefits, and their ability to keep food on the table. She handed you a form with validated social history questions relevant to these and other SDH. She also showed you where, within the electronic health record, these same questions were referenced and could be documented [16, 17, 23, 24]. Armed with this guidance, you return to the patients' room.

Once again, you start with Chris. You ask him and his mother if they have thoughts about what might have triggered his asthma attack. Although Ms. Williams is unsure, she says Chris seems to be really sensitive to temperature swings. He has not been doing so well with the recent heat wave that has been hitting the city, especially considering that those occupying apartment units at her building have been told that they are not allowed to have window air conditioning units. She pulls out a paper she has in her purse, one that had been posted on her front door just days before (see Figure 3.2.1-R).

Figure 3.2.1-R



She also mentions that her apartment unit “is riddled with cockroaches, the ceiling is falling in, and [her] landlord isn’t responsive to [her] concerns.” She takes out her phone and shows you some pictures (Figure 3.2.2-R).

Figure 3.2.2-R



You are horrified and do not know quite what to say. You thank her for her honesty and express your uncertainty at how to respond. You tell the mother that you would like to discuss this new information with your preceptor. First, however, you had a few more questions about Brianna. You ask Ms. Williams about whether she is currently receiving public benefits for herself, the family, or the infant. The mother notes that she has the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) [25] and has applied for SNAP (i.e., food stamps) [26], but she has not yet received her SNAP benefits and cannot determine the status of her application. You feel similarly confused, at a loss for how to continue. You excuse yourself from the room and return to your preceptor.

You tell your preceptor this new information, about how you think that, perhaps, the problems experienced by both Chris and Brianna may have their origins in these newly uncovered factors. Listening intently, your preceptor recommends that you speak with the legal advocate down the hall, who is a member of your clinic’s MLP. This advocate has expertise in the legal rights of people with low income. You knock on their door curious about how they will add to your assessment and about whether they will be able to devise care plans that add value to your own. With the legal advocate, you review both of the cases and contemplate additional questions you might pose to the family, questions that may direct the legal care plan in more specific ways. You then go back to the room, explain to Ms. Williams that there are legal professionals right there in the clinic with expertise in some of the problems she is facing, and ask her if it would be okay to bring the advocate in to meet her. After she says yes, you return once again to the room, this time with the advocate by your side.

After introducing your partner from the MLP, the legal advocate jumps in with a clear awareness of some potentially important questions that build upon your assessment. She asks the mother, “What is your address? Who is the landlord? Has the local health or building department inspected your apartment for code violations?” Ms. Williams was initially surprised to learn she might get housing help at her children’s doctor visit, but she is glad to speak with anyone who may be able to assist. She states that they live in a multiunit apartment building in a neighborhood just blocks from the hospital, one characterized by high rates of poverty and crime. No one has inspected their apartment for code violations. The legal advocate knows the area well and knows the landlord by reputation. You think to yourself that you would have never asked these questions, questions that already have led you down a far different path than where you were mere moments before.

With this new perspective, you are now curious about how the legal advocate will approach Brianna. She asks some quick follow-up questions relevant to the infant’s case, focusing first on the family’s benefits: “When did you apply? Have you turned in all the documentation on your household size and income that the public benefits office needs? What have they told you?” The mother replies that her application went in the same week Brianna was born and she has done everything the public benefits office asked. She has been bounced around from one caseworker to another whenever she has tried to follow up. As a result, the household is struggling to put food on the table. She is pleased that she has been able to continue breastfeeding Brianna, but she has been forced to feed Chris “Hamburger Helper” without the meat. As for herself, she is eating only oatmeal once or twice a day.

You step out of the room to let the legal advocate continue to obtain history from Ms. Williams and formulate her plan. You feel increasingly like albuterol alone will not help Chris and that a feeding diary for Brianna may be wholly insufficient. You relay what you just heard to your preceptor and the other residents and medical students in the office’s workroom. You contemplate the breadth of what you just heard, the questions the advocate asked that you would not have considered. You had never thought of asking about the neighborhood, about the landlord, and about certain aspects of public benefits. You had never considered how to expand your social history to reach those social and environmental factors clearly at the core of your patients’ experienced morbidity. How could that be changed? You find that even in the short time, you were with the legal advocate and you learned quite a bit. You make a mental note of key questions that you might pose to future patients to help you identify legal and structural barriers and consider making other MLP referrals.

Section 4: Co-developed Educational Curricula on the Social Determinants of Health

The questions that the resident started grappling with as described within the section above were posed at the primary care centers of Cincinnati Children’s Hospital Medical Center (CCHMC) several years ago. What could and should families be screened for? Evidence suggests the majority of low-income families receiving care at urban pediatric clinics report at least one unmet basic need related to underlying poverty; many report several such needs [24, 27]. A recent survey at CCHMC highlighted that 28% of primary care families had their gas or electricity shut off in the previous year; 23% had doubled up (lived with others to pay the rent) or moved to a

cheaper residence; 14% of mothers diluted their formula to make it last longer; and 33% had run out of food without money to buy more [14, 15].

Based on the information from these and other local surveys, risks related to the SDH have emerged as significant issues to be addressed consistently with families in the Pediatric Primary Care Center (PPCC) at CCHMC. The recognition of their importance grew alongside CCHMC's MLP, the Cincinnati Child Health-Law Partnership (Child HeLP), a partnership between the hospital's primary care centers and the nonprofit Legal Aid Society of Greater Cincinnati (Legal Aid) [28]. Child HeLP launched in 2008 to assist medical providers and social workers with helping patient-families resolve social and legal problems by adding legal advocates (i.e., attorneys and paralegals) from Legal Aid to the healthcare team [19]. SDH screening processes were initiated through the electronic health record and now routinely occur in over 90% of primary care encounters [16, 24]. Screening questions address housing conditions, food insecurity, public benefits denials and delays, mental health concerns, intimate partner violence, barriers to education, and availability of transportation. Questions were selected after a review of existing evidence and discussions with our key community partners, including legal advocates from the MLP. Questions were also tested for feedback from those that mattered most, patients and their families. The enhanced social screening processes enable clinicians and social workers to more effectively identify patients to refer to the MLP.

As the expanded social history was deployed and as Child HeLP developed and grew, curricula were put into place to train pediatric residents on the relevance and importance of the SDH. A series of didactic and experiential learning sessions were co-developed with medical and legal staff. The facilitated didactic sessions focus on legal rights (e.g., landlord-tenant laws, public benefits eligibility) and are delivered by an interdisciplinary team of pediatricians and legal advocates. Immersion experiences take learners out of the clinic and into the local public benefits office, a large food bank, and a neighborhood that is home to many PPCC patients. Within this neighborhood, learners meet local leaders (e.g., elementary school principal, community center manager) who paint a picture of what life is like within that community. To improve how SDH were discussed with patients, the team also has put into place a "video curriculum" that provides realistic examples of how to discuss social risks and resources with families. Videos include scenarios where interactions and interventions are solely medically based compared to those that also address underlying social issues. Videos include first-hand testimony from families as to how they experienced discussions of risks and ensuing actions (i.e., their experience with Child HeLP). Early evidence suggests that these educational pursuits have led to increased comfort by residents in addressing the SDH as well as more referrals to our available resources [16, 29,30,31,32,33]. These available resources, most notably Child HeLP, have led to key positive outcomes at both the patient and population levels [19, 34].

Section 5: Moving from Patient to Population Health Together

The legal advocate returns from her office to discuss next steps related to Chris and Brianna. After confirming that Ms. Williams has authorized her to discuss this information with you, she starts with Chris. She tells you that she immediately knew this complaint sounded familiar to her. A legal colleague had mentioned in passing

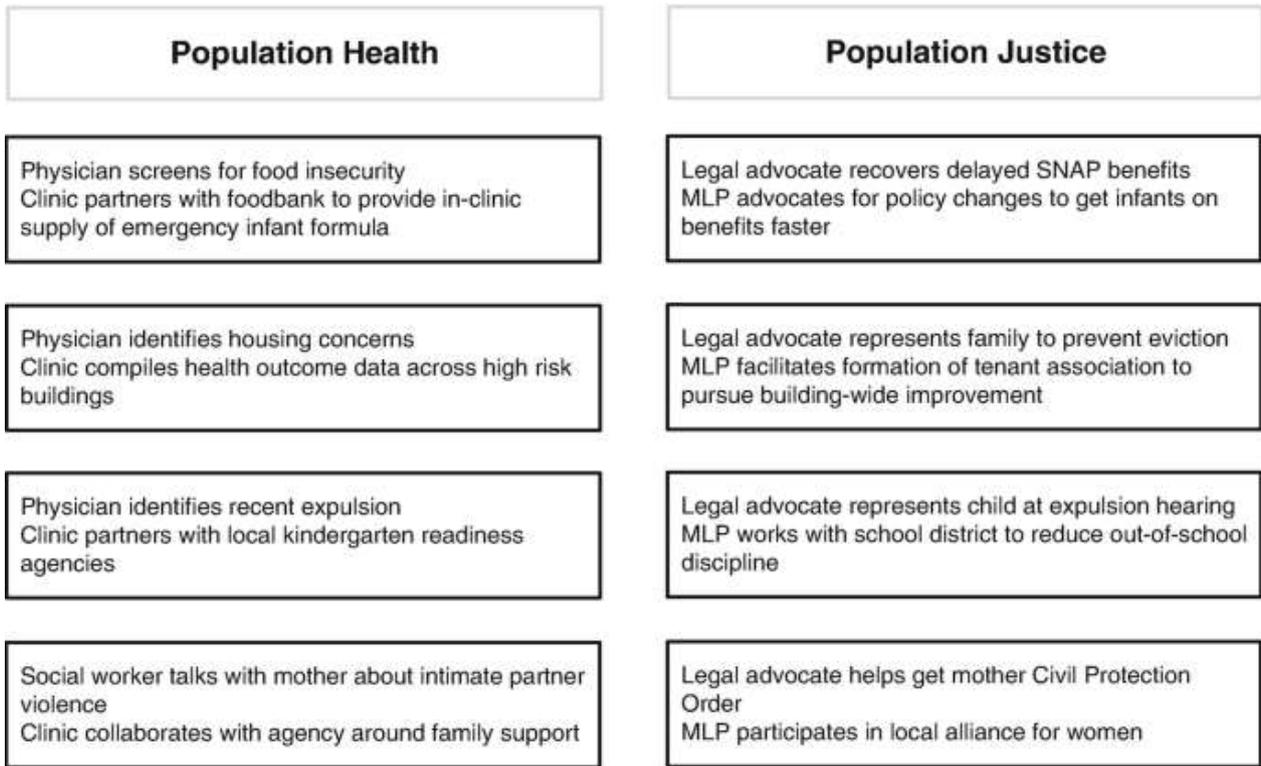
just days earlier that one of her clients had reported that her landlord threatened eviction over putting in a window air conditioning unit. When the legal advocate went back to substantiate this in the Legal Aid case management database, to ensure that her memory served her well, she identified that this was not just a coincidence. It was an “outbreak” of substandard housing amenable to collective action. In the preceding weeks, there had been more than 15 referrals to Child HeLP from buildings managed by the same out-of-state landlord. Publically available city data suggested that each of the 19 complexes managed by this landlord had outstanding violations of city housing ordinances [34]. This “outbreak” called for action in the short and long terms. It also called for action for Chris and his family, as well as his neighbors and fellow tenants. In this sense, individual cases collectively highlighted a structural issue amenable to a structural intervention. This occurred because multiple cases were brought to the same partners, a key aspect of MLP enabling both individualized and population-wide action.

What about Chris’ sister Brianna? What about the food insecurity that was also plaguing this family? The legal advocate had news there, too. After advocacy with the local public benefits office, she secured SNAP benefits for the family by the end of the day. Benefits were issued retroactively to the months since Ms. Williams’s application was filed because of the county’s failure to meet its legal duty to provide benefits in a timely manner. Ms. Williams received nearly \$500.00 in food assistance that week and the confidence that she would be able to feed herself and her children moving forward.

Over time, Child HeLP’s assistance continued for the Williams family had expanded to benefit other similarly situated families. For example, a Legal Aid attorney was connected to Ms. Williams and educated her on her legal rights to healthy housing and the process for filing an escrow case in court to legally withhold her rent payments until the landlord made legally required repairs. The attorney also filed complaints with the local health and building departments that enforce health and safety ordinances. This strategy was a clear example of “population justice” occurring in the confines of the primary care clinic. It was also a clear example of how patient health was quickly ratcheted up, becoming an indicator of population health; again a unique reality made possible by the MLP. Indeed, one child in one housing unit quickly expanded to include the other 15 units the MLP had identified, placing them within a larger cadre of nearly 700 low-income housing units that were at potential risk [34].

It is in this space that population health can be quickly linked to population justice (Figure 3.2.3-R).

Figure 3.2.3-R



Collaborative work by the MLP led to this identification of a large cluster, an “outbreak,” of substandard, poor-quality housing conditions. This collaborative response improved the housing situation for individual patients and families, and it also created linkages between tenants leading to meaningful community-wide housing improvements. Indeed, organization and advocacy promoted by the MLP led to improvements for both the “sick child” (Chris and other tenants with asthma who were patients of CCHMC) and the portfolio of more than 19 “sick buildings” (those managed by the out-of-state landlord). Here, asthma was a common health issue among the children identified by the MLP, but many other health problems are known to be associated with stress and with substandard housing in particular [10, 34].

Limiting or removing asthma triggers in housing units with high-risk children makes a difference. Over the months that followed, the MLP led building- and complex-wide activities devoted to improving home environmental conditions for referred children and families as well as the broader tenant population. A team of Legal Aid attorneys and advocates helped to organize a tenant association and utilized litigation and other legal strategies to obtain substantial improvements. Of the 19 buildings in the out-of-state landlord’s portfolio, 11 received significant systemic repairs (e.g., a new roof, new windows). This particular portfolio of buildings, which the absentee out-of-state landlord ultimately allowed to go into foreclosure, was subsequently purchased by a nonprofit developer. This new developer is now working with other community agencies, and

a large grant from the Department of Housing and Urban Development, to rejuvenate these buildings inside and out. Legal Aid continued to advocate for further improvements and maintenance to ensure that the buildings are affordable and healthy.

Williams' situation also provided a means through which the MLP could facilitate a jump from patient to population and from population health to population justice in the area of nutrition and food security. The legal advocate and her colleagues saw this case, among others, as indicative of an alarming trend toward increasingly lengthy application processing delays for SNAP. Indeed, a large percentage of eligible families were not getting their applications for their public benefits approved by the 30-day deadline required by law. This observation was found to be part of a broader, system-wide issue, identified through Legal Aid's active surveillance of publically available data on the timeliness of public benefit application processing (i.e., time from application to decision). Then, through negotiation with the local public benefits agency, Legal Aid attorneys secured systemic changes in application processing procedures that resulted in a 30% increase in timely food assistance application decisions in just 4 months. Continued advocacy has greatly increased the numbers of applications processed in a timely fashion and ensured that other children and families in the community get the help they need to reduce food insecurity.

Section 6: A Common Medical (-Legal) Case with a Happy Outcome

It is a brisk fall morning. You are excited because today you will be following up with two of your favorite patients for their well-child checks – a now 8-year-old Chris and his now 7-month-old sister Brianna. Outside the room, you reflect on how your practice has changed in the past few months. Not only have you become more adept at screening for and addressing risks related to the SDH, but the ongoing broader advocacy undertaken by Child HeLP has also given you increased structural competency. You have come to understand and appreciate how existing systems – within the four walls of the primary care center and within the broader community – have a strong influence over the health of your patients. You have also watched as improvements to those various systems have directly resulted from advocacy by Child HeLP. It has been inspiring for you to be a part of that interdisciplinary team.

You enter the room and start with Chris, asking all the questions you have now grown accustomed to asking, considering those interventions, both medical and social, that are now part of your armamentarium. Chris has had a wonderful summer and a happy start to the school year. He says he wants to be a scientist. He has been taking his daily asthma controller medications without any issues and has rarely required his rescue medication. His home is free of cockroaches and the ceiling and walls of his home have been fixed. Ms. Williams states that repairs across the building are ongoing. Chris has not been to the emergency department since last spring.

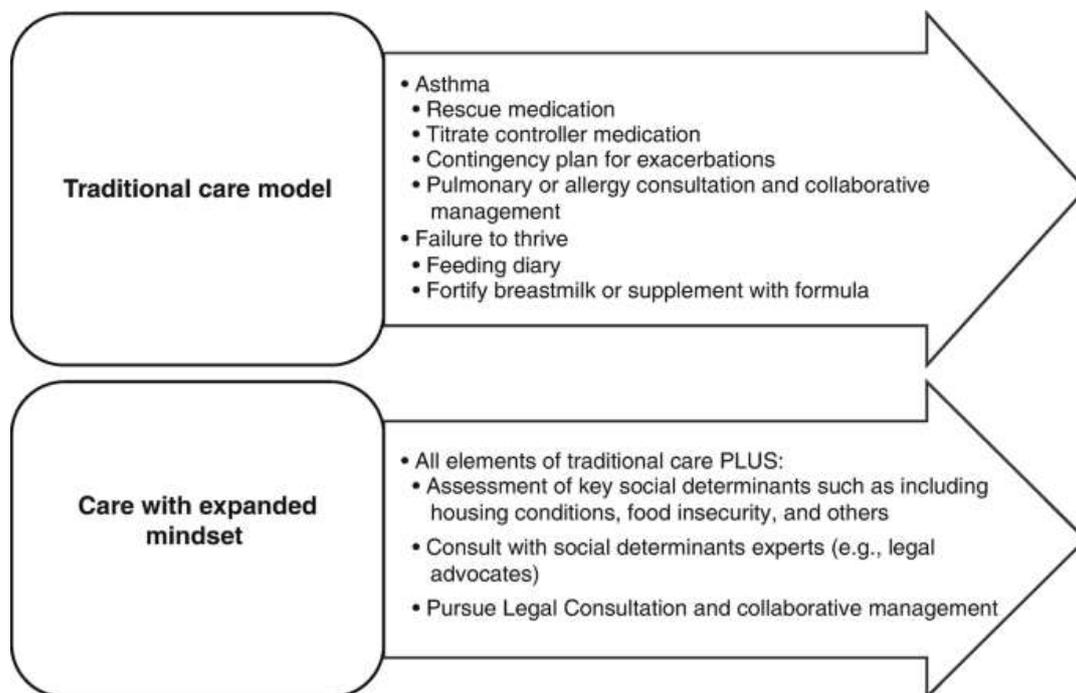
You turn to Brianna who looks like a different baby. She continues to breastfeed and has also started to receive solid foods. She is back on the growth curve such that you would never know, just by looking at her, that she had ever failed to thrive. Ms. Williams appears healthier and happier, too. She tells you the family no longer

goes without food – WIC and SNAP benefits are helping the family considerably. She and Chris are eating three meals a day; Ms. Williams only eats oatmeal when she wants to eat oatmeal. While you are talking, you smile as you hear Brianna babbling in the background. As you leave the room to place your orders, you walk by the Child HeLP office to express gratitude. You have come to understand that referrals to or consults of community experts are often just, if not more impactful, referrals to or consults of medical experts.

Conclusion

Clinical providers and legal advocates, as part of a broadly conceived healthcare team, can be an effective force for change. Indeed, attorneys and paralegals can help physicians and nurses understand social determinants. They can also partner with healthcare providers to use the law as a tool to address key risks, to intervene, and to advocate for patients and families through interventions not yet typical in the clinical setting. Although medical trainees generally accept the importance of social and environmental exposures on health outcomes, many still focus narrowly on medical treatments despite the undeniable influence of contextual social and environmental factors (Figure 3.2.4-R).

Figure 3.2.4-R



This case, and others like it [1], highlights how a broader mindset that considers both medical and social factors is critical to achieving desired outcomes and how bridging complementary areas of expertise (e.g., medicine and law) can support the health and well-being of patients and populations.

REFERENCES

- [1] Tyler ET. In: Lawton E, Conroy K, Sandel M, Zuckerman B, editors. Poverty, health and law: readings and cases for medical-legal partnership. 1st ed. Durham: Carolina Academic Press; 2011.
- [2] Williams DR, Sternthal M, Wright RJ. Social determinants: taking the social context of asthma seriously. *Pediatrics*. 2009;123(Suppl 3):S174–84.
- [3] Suglia SF, Franco Suglia S, Duarte CS, Sandel MT, Wright RJ. Social and environmental stressors in the home and childhood asthma. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(7):636–42.
- [4] Sandel M, Wright RJ. When home is where the stress is: expanding the dimensions of housing that influence asthma morbidity. *Arch Dis Child*. 2006;91(11):942–8.
- [5] Beck AF, Huang B, Chundur R, Kahn RS. Housing code violation density associated with emergency department and hospital use by children with asthma. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(11):1993–2002.
- [6] Akinbami LJ, Moorman JE, Simon AE, Schoendorf KC. Trends in racial disparities for asthma outcomes among children 0 to 17 years, 2001–2010. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;134(3):547–53.e5.
- [7] Moorman JE, Akinbami LJ, Bailey CM, Zahran HS, King ME, Johnson CA, et al. National surveillance of asthma: United States, 2001–2010. *Vital Health Stat*. 3. 2012;35:1–58.
- [8] Crocker DD, Kinyota S, Dumitru GG, Ligon CB, Herman EJ, Ferdinands JM, et al. Effectiveness of home-based, multi-trigger, multicomponent interventions with an environmental focus for reducing asthma morbidity: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2011;41(2. Suppl 1):S5–32.
- [9] Rosenfeld L, Rudd R, Chew GL, Emmons K, Acevedo-García D. Are neighborhood-level characteristics associated with indoor allergens in the household? *J Asthma*. 2010;47(1):66–75.
- [10] Saegert SC, Klitzman S, Freudenberg N, Cooperman-Mroczek J, Nassar S. Healthy housing: a structured review of published evaluations of US interventions to improve health by modifying housing in the United States, 1990–2001. *Am J Public Health*. 2003;93(9):1471–7.
- [11] Newman NC, Ryan PH, Huang B, Beck AF, Sauers HS, Kahn RS. Traffic-related air pollution and asthma hospital readmission in children: a longitudinal cohort study. *J Pediatr*. 2014;164(6):1396–402.e1.
- [12] Coleman-Jensen A, Gregory CA, Singh A. Household food security in the United States in 2013 [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <https://www.ers.usda.gov/publications/pub-details/?pubid=45268>
- [13] Map the Meal Gap [Internet]. Feeding America. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <http://map.feedingamerica.org/>
- [14] Burkhardt MC, Beck AF, Kahn RS, Klein MD. Are our babies hungry? food insecurity among infants in urban clinics. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51(3):238–43.
- [15] DeMartini TL, Beck AF, Kahn RS, Klein MD. Food insecure families: description of access and barriers to food from one pediatric primary care center. *J Community Health*. 2013;38(6):1182–7.
- [16] Burkhardt MC, Beck AF, Conway PH, Kahn RS, Klein MD. Enhancing accurate identification of food insecurity using quality-improvement techniques. *Pediatrics*. 2012;129(2):e504–10.
- [17] Beck AF, Sauers HS, Kahn RS, Yau C, Weiser J, Simmons JM. Improved documentation and care planning with an asthma-specific history and physical. *Hosp Pediatr*. 2012;2(4):194–201.
- [18] Colvin JD, Bettenhausen JL, Anderson-Carpenter KD, Collie-Akers V, Plencner L, Krager M, et al. Multiple behavior change intervention to improve detection of unmet social needs and resulting resource referrals. *Acad Pediatr*. 2016;16(2):168–74.
- [19] Klein MD, Beck AF, Henize AW, Parrish DS, Fink EE, Kahn RS. Doctors and lawyers collaborating to HeLP children – outcomes from a successful partnership between professions. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(3):1063–73.

- [20] Sandel M, Hansen M, Kahn R, et al. Medical-legal partnerships: transforming primary care by addressing the legal needs of vulnerable populations. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(9):1697–705.
- [21] Paul EG, Curran M, Tobin Tyler E. The medical-legal partnership approach to teaching social determinants of health and structural competency in residency programs. *Acad Med*. 2017;92(3):292–8.
- [22] Tobin-Tyler E, Teitelbaum J. Training the 21st-century health care team: maximizing interprofessional education through medical-legal partnership. *Acad Med*. 2016;91(6):761–5.
- [23] Chung EK, Siegel BS, Garg A, et al. Screening for social determinants of health among children and families living in poverty: a guide for clinicians. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2016;46(5):135–53.
- [24] Beck AF, Klein MD, Kahn RS. Identifying social risk via a clinical social history embedded in the electronic health record. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51(10):972–7.
- [25] Women, Infants, and Children (WIC) | Food and Nutrition Service [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <https://www.fns.usda.gov/wic/women-infants-and-children-wic>
- [26] Garg A, Butz AM, Dworkin PH, Lewis RA, Thompson RE, Serwint JR. Improving the management of family psychosocial problems at low-income children’s well-child care visits: the WE CARE Project. *Pediatrics*. 2007;120(3):547–58.
- [27] Child HeLP (Legal Aid) | General and Community Pediatrics [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <https://www.cincinnatichildrens.org/service/g/gen-pediatrics/services/child-help>

Unit: 3.5 Responding to the Special Situation of Children

“Useful Resources”

Here you can find more information, in the following table, about the risk factors and the impact of war, conflict and displacement on children:

Table 1: Risk factors for the displacement children [10]

Box 11.1 The impact of war, conflict and displacement on children
1. The loss of basic resources
<ul style="list-style-type: none"> • Homelessness, hunger, starvation • Loss of health care, education, and social support • Loss of safety with unfamiliar, unpredictable and dangerous surroundings
2. Disruptions of family relationships
<ul style="list-style-type: none"> • Death or imprisonment of family members • Parental anxiety and preoccupation • Other separations from family • Loss of wider social, cultural, and societal frameworks as support for parents and whole family, loss of peer relationships as part of supporting networks of children • Pressure towards age-inappropriate roles, such as childcare responsibilities, earning money, emotional support for parents, or family advocacy (based on language skills) • Strained sibling relationships, especially if older children carry childcare or boundary-setting responsibilities for younger ones. • Children adopting new cultural norms at different rates than their parents • Other ambivalence towards parents – especially if sent away for safety, and expected to fulfil the family’s hopes and aspirations
3. Normalisation of violence
<ul style="list-style-type: none"> • Subjection to, or witnessing, significant violence • Being enlisted in perpetrating violence, especially interpersonal • Violence as a survival strategy – needed for self-defence, self-assertion, and social status
4. Post-flight discrimination and stigma
<ul style="list-style-type: none"> • Experiencing prejudice, stigma, and xenophobia • Loss of cultural reference points • ‘Moral injury’ due to actions and attitudes elicited en route – with consequent sense of guilt, shame, and self-stigmatisation
5. Pessimism and/or demoralisation
<ul style="list-style-type: none"> • Protracted asylum claims. • Poverty, loss of status • Loss, loneliness, disconnection, and disorientation (especially if unaccompanied) • Challenge to religious and cultural beliefs

Note: Adapted from Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking Asylum and Mental Health: A Practical Guide for Professionals*. Cambridge University Press.



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Modul 4

Selbstfürsorge und Wohlbefinden des Personals

Inhalt erstellt vom **Ethno-Medizinischen Zentrum e.V.** (Deutschland) und bearbeitet vom **Babel Day Centre** (Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity – Griechenland).

Letzte Aktualisierung: Dezember 2024



Co-funded by
the European Union

Modul: Selbstfürsorge und Wohlbefinden des Personals

Verantwortliche Partner: EMZ, Syn-Eirmos/Babel Day Centre

Modulübersicht

Dieses Modul behandelt das wichtige Thema Stressbewältigung und psychisches Wohlbefinden für Fachkräfte und Ehrenamtliche, die mit Migrant:innen und Geflüchteten arbeiten. Einheit 4.1 untersucht die vielfältigen Stressfaktoren, die mit dieser Arbeit einhergehen – darunter die emotionale Belastung durch die Unterstützung von Menschen, die schwere Schicksalsschläge, Verluste und Vertreibung erlebt haben. Zudem werden die Herausforderungen der Arbeit in schwierigen, teils feindseligen Umfeld beleuchtet, in denen begrenzte Ressourcen sowie strukturelle und systemische Hürden eine effektive Unterstützung erschweren können. Durch das Erkennen verschiedener Stressquellen (emotionaler, struktureller oder umweltbedingter Art) können Mitarbeitende ihre eigene psychische Gesundheit besser schützen, was wiederum ihre Fähigkeit stärkt, Migrant:innen und Geflüchteten nachhaltig zu unterstützen. Einheit 4.2 widmet sich dem Thema Selbstfürsorge als berufliche Kompetenz. Hier werden praktische Strategien vorgestellt, die Teilnehmende in ihren Alltag integrieren können, um ihre Resilienz zu stärken. Einheit 4.3 betont die Fürsorgepflicht der Arbeitsgeber:innen und gibt Mitarbeitenden Strategien an die Hand, um Achtsamkeit in ihrer Arbeitsumgebung zu fördern. Es wird aufgezeigt, wie Organisationen unterstützende Strukturen durch regelmäßige Supervision, Nachbesprechungen und Teamunterstützung schaffen können. Zudem werden praxisnahe Methoden zur Reflexion vorgestellt. Ein besonderer Fokus liegt auf Ehrenamtliche, die oft ohne formelle Unterstützungssysteme arbeiten. Hier wird die Bedeutung klarer Kommunikation und Grenzen betont, um berufsbedingte Erschöpfung zu vermeiden. Das Bewusstsein für die vielschichtigen Anforderungen dieser Arbeit und das Verständnis dafür, wie sich Stress im Arbeitsalltag zeigen kann, sind entscheidend, um das eigene Wohlbefinden zu erhalten und eine wirkungsvolle Unterstützung sicherzustellen.

Lernziele des Moduls:

Nach Abschluss dieses Moduls sollten die Teilnehmenden in der Lage sein:

- Die Komplexität ihrer eigenen emotionalen Reaktionen auf die Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten wertschätzen
- Verstehen, wie sich sowohl innere als auch äußere Stressfaktoren in den alltäglichen Aufgaben zeigen können
- Anzeichen von Stress und psychischer Belastung erkennen und zwischen verschiedenen Arten von beruflichem Stress unterscheiden (z. B. Burnout, Mitgefühlsmüdigkeit und stellvertretendes Trauma)
- Strategien zur Selbstfürsorge anwenden, um die Resilienz im persönlichen und beruflichen Kontext zu stärken
- Die Bedeutung der Verantwortung von Arbeitgeber:innen und der eigenen Verantwortung für die Förderung eines unterstützenden Arbeitsumfeldes verstehen
- Teamkohäsion fördern, indem die Bedeutung von kollegialer Unterstützung und sozialer Interaktion erkannt wird
- Erkennen, wie man klare Grenzen kommuniziert und aufrechterhält, insbesondere in ehrenamtlichen Rollen
- Über die Herausforderungen sowie über die sinnstiftenden und bereichernden Aspekte ihrer Arbeit reflektieren

Einheiten in diesem Modul:

Modul 4. Selbstfürsorge und Wohlbefinden des Personals

[Einheit 4.1: Auswirkungen auf Fachkräfte und Ehrenamtliche in der Arbeit mit Migrant:innen](#)

[Einheit 4.2: Selbstfürsorge](#)

[Einheit 4.3: Mitarbeitendenfürsorge](#)

Einheit 4.1: Auswirkungen auf Fachkräfte und Ehrenamtliche in der Arbeit mit Migrant:innen

Einheitsübersicht

Diese Einheit führt die Teilnehmenden in das Thema psychische Gesundheit bei Fachkräften und Ehrenamtlichen ein, die mit Migrant:innen und Geflüchteten arbeiten. Sie zeigt auf, wie diese durch ihre Tätigkeit emotionalen Belastungen ausgesetzt sind, da sie engen Kontakt zu Menschen haben, die schwere Schicksalsschläge überlebt haben oder sich in unsicheren und ungerechten Lebensumständen befinden. Die Einheit erläutert verschiedene Arten und Intensitäten von Stress, beleuchtet dessen Ursachen und zeigt typische Frühwarnzeichen. Zudem werden die positiven Effekte angesprochen, die Helfende durch ihre Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten erfahren können – insbesondere im Zusammenhang mit dem Konzept des stellvertretenden bzw. stellvertretenden posttraumatischen Wachstums. Abschließend wird die sogenannte „Opfer-Narrative“ kritisch hinterfragt, da diese ebenfalls zur beruflichen Erschöpfung von Mitarbeitenden beitragen kann.

Einheitsabschnitte:

1. [Herausforderungen und Chancen in der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten](#)
2. [Verschiedene Arten und Intensitäten von Stress](#)
3. [Stellvertretendes Trauma und stellvertretendes posttraumatisches Wachstum](#)
4. [Kritische Betrachtung der Opfer-Narrative](#)

1. Herausforderungen und Chancen in der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten

„Wenn die Erfahrung von Migrant:innen und Geflüchteten nicht automatisch Trauma bedeutet, bedeutet die Unterstützung von Migrant:innen und Geflüchteten nicht automatisch Burnout“ [1]. Diese Aussage ist eine eindrucksvolle Erinnerung daran, dass, ebenso wie die Menschen, mit denen wir arbeiten, unterschiedliche Reaktionen auf Schwierigkeiten zeigen (wie in Modul 1 dargestellt, können diese positive, negative und neutrale Reaktionen umfassen), Fachkräfte und Ehrenamtliche in diesem Bereich Resilienz entwickeln und Stärke durch sinnvolle Arbeit finden können, anstatt von ihr überwältigt zu werden. Während der Druck, Menschen zu unterstützen, die Unglück und Vertreibung erlebt haben, real ist, muss

er nicht zu einem Burnout führen. Die Frage liegt darin, wie wir mit diesen Belastungen umgehen und sie bewältigen.

Die emotionale und psychologische Bedeutung dieser Arbeit ist unbestreitbar. Äußere Stressfaktoren sind ein fester Bestandteil der Arbeit mit Migrant:innengruppen, da die Tätigkeit darin besteht, Menschen zu unterstützen, die erhebliche Schicksalsschläge überlebt haben und oft große Störungen ihrer persönlichen Sicherheit und Lebensgrundlagen erfahren. **Gleichzeitig stellen Migrationsabschreckungsmaßnahmen, das Fehlen von Integrationsmaßnahmen sowie der Mangel an Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten einen sehr negativen Kontext dar, in dem Migrant:innen und Fachkräfte aufeinandertreffen.** Das bedeutet, dass Fachkräfte und Ehrenamtliche regelmäßig überwältigenden Geschichten von Trauma, Verlust und Vertreibung ausgesetzt sind, während sie gleichzeitig mit all den oben genannten kontextbezogenen Herausforderungen konfrontiert sind – zusätzlich zu langen Arbeitszeiten, beruflicher Unsicherheit und komplexen bürokratischen Systemen [1]. **Diese Faktoren zusammen sind schädlich für das psychische und emotionale Wohlbefinden** und können das Risiko für die Entwicklung von einer psychischen Störung oft erhöhen. Eine detailliertere Übersicht über einige der beruflichen Herausforderungen, denen Sie bei der Arbeit oder als Ehrenamtliche in diesem Bereich begegnen können, finden Sie im Folgenden.

© **Hauptpunkt: Häufigste berufliche Herausforderungen in der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten**

- **Der hohe Bedarf bei Klient:innen von Dienstleistungen** kann das Gefühl hervorrufen, dass es egal ist, was man tut – es wird nie genug sein (z.B. die Sicherung von Wohnraum, der Zugang zu Gesundheitsdiensten, die Organisation von Sprachkursen oder die Beschaffung von rechtlicher Unterstützung, während Einzelpersonen oder Familien möglicherweise mit erheblichen emotionalen und finanziellen Belastungen kämpfen). Dies kann zu einem irrationalen Verantwortungsgefühl führen, bei dem man überschätzt, was man „erreichen sollte“.
- **Die häufigen Notfälle** (ob real oder basierend auf unrealistischen Erwartungen/zu wenig Ressourcen) können dazu führen, dass die **Grenzen zwischen Arbeits- und Freizeit verschwimmen**, was es schwierig macht, zu unterscheiden, wann man „im Dienst“ und wann man „außer Dienst“ ist.

- Die Spannung zwischen der engen zwischenmenschlichen Interaktion, die erforderlich ist, um die Bedürfnisse von Migrant:innen und Geflüchteten zu beurteilen, und der Notwendigkeit, eine angemessene professionelle Distanz zu wahren, indem man persönliche und strukturelle Einschränkungen offen kommuniziert. Dieser schwierige Spagat kann dazu führen, dass Fachkräfte **emotional zu stark involviert** sind.
- **Das Hören von Berichten über schreckliche traumatische Erlebnisse**, besonders wenn man selbst ähnliche Erfahrungen gemacht hat (was beispielsweise für Menschen mit eigenen Migrationserfahrungen und Vertreibung wahrscheinlicher ist), kann einen tiefgreifenden **emotionalen Einfluss** haben und ein **Gefühl der Hilflosigkeit** hervorrufen.
- **Das Fehlen einer unterstützenden Arbeitsplatzkultur und klarer organisatorischer Strukturen kann zu Frustration und Ineffizienz führen.** Wenn die organisatorischen Strukturen unklar sind, können Rollen und Verantwortlichkeiten verwischt werden, was dazu führt, dass sich Mitarbeitende **frustriert und unsicher über ihre Aufgaben oder darüber, wie sie effektiv beitragen können, fühlen.** Oftmals werden Aufgaben entweder doppelt erledigt oder ganz übersehen.
- **Ein Mangel an positiver Rückmeldung** oder Anerkennung kann dazu führen, dass Fachkräfte und Ehrenamtliche sich **nicht wertgeschätzt und demotiviert** fühlen, was letztendlich ihre Fähigkeit beeinträchtigt, qualitativ hochwertige Dienstleistungen zu erbringen.
- **Unvorhersehbarkeit des Jobs, häufige Gehaltskürzungen, Entlassungen, überwältigende Arbeitsbelastungen und hohe Fluktuationsraten** erzeugen ein **Gefühl der Diskontinuität und Unsicherheit** bei den Mitarbeitenden. Das Fehlen von Arbeitsplatzstabilität kann die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden beeinträchtigen und ihre Fähigkeit verringern, konstante und zuverlässige Unterstützung für die von ihnen betreuten Bevölkerungsgruppen zu leisten.
- **Die Kombination aus unzureichender Ausbildung, Erfahrung und chronischem Mangel an materiellen und personellen Ressourcen** kann dazu führen, dass man sich überfordert fühlt, wenn man sich durch komplexe Systeme navigiert, insbesondere wenn man neu in dieser Art von Arbeit ist.
- **Die Parteilichkeit und Fragmentierung der für Migrant:innen und Geflüchteten angebotenen Dienstleistungen** erschwert die Koordination einer umfassenden Betreuung. Dieser zersplitterte Ansatz kann zu Versorgungslücken führen, was sowohl bei den **Mitarbeitenden als auch bei den unterstützten Personen Frustration** verursachen kann, da wichtige Bedürfnisse unerfüllt bleiben.

- **Hartnäckige systemische Barrieren**, die eine kontinuierliche Notwendigkeit zur Navigation von kulturellen Unterschieden, Sprachbarrieren und strukturellen Einschränkungen wie eingeschränktem Zugang zu lokalen Gesundheits- und Sozialversicherungssystemen mit sich bringen.
- **Weit verbreitete Politik der Feindseligkeit und Abschreckung gegenüber Migrant:innen und Geflüchteten schaffen ein allgegenwärtiges Klima der Anspannung und des Misstrauens.** Die Feindseligkeit von externen Systemen betrifft nicht nur die Migrant:innen, sondern setzt auch die Fachkräfte zusätzlichem Stress aus, was es erschwert, unterstützende Beziehungen aufzubauen, die auf Vertrauen und Transparenz basieren.

Wie diese Aussetzung gegenüber dem menschlichen Leid anderer, die mentale Gesundheit beeinflusst, hängt jedoch nicht nur von den externen **Stressoren (stressors)** ab, denen Sie begegnen, sondern auch von der **Fähigkeit, auf diese Stressoren zu reagieren** und sie zu bewältigen. Dazu gehören Aspekte des Arbeitsumfelds, z.B. Ihre Fähigkeit, als Mitarbeitende unabhängig zu agieren; Beziehungen zu Vorgesetzten, Kollegen und Klienten; persönliche Faktoren wie Ihre Fähigkeit, Grenzen zu setzen, Ihre Bewältigungsstrategien und Ihre Resilienz. Persönliche Vorgeschichte von Traumata und **Bewältigungsfähigkeiten (coping skills)** beziehen sich auf Ihre Fähigkeit, auf Stressfaktoren so zu reagieren, sodass die emotionale und mentale Gesundheit sowie das allgemeine Wohlbefinden erhalten bleiben.

Sich seiner eigenen Emotionen bewusst zu sein, ist entscheidend für die Erhaltung der mentalen Gesundheit und für die klare und effektive Navigation im persönlichen sowie beruflichen Leben. Die Herausforderung besteht darin, ein Gleichgewicht zu finden – **anderen zu helfen, während man auch auf sich selbst achtet.**

2. Verschiedene Arten und Intensitäten von Stress

In unserem Alltag sprechen wir oft von „**Stress**“ oder „gestresst sein“, aber wie wird Stress eigentlich definiert? Nach der medizinischen Definition ist **Stress die physiologische Reaktion des Körpers auf jede Art von Anforderung.** Die Stressreaktion aktiviert **Hormone, das zentrale Nervensystem, die Muskeln** und auch **das Immunsystem.** Wenn jemand (einschließlich dir selbst) oder etwas (eine Situation) von dir verlangt, zu handeln, entwickelt dein Körper und Verstand die Spannung, die nötig ist, um **auf diese**

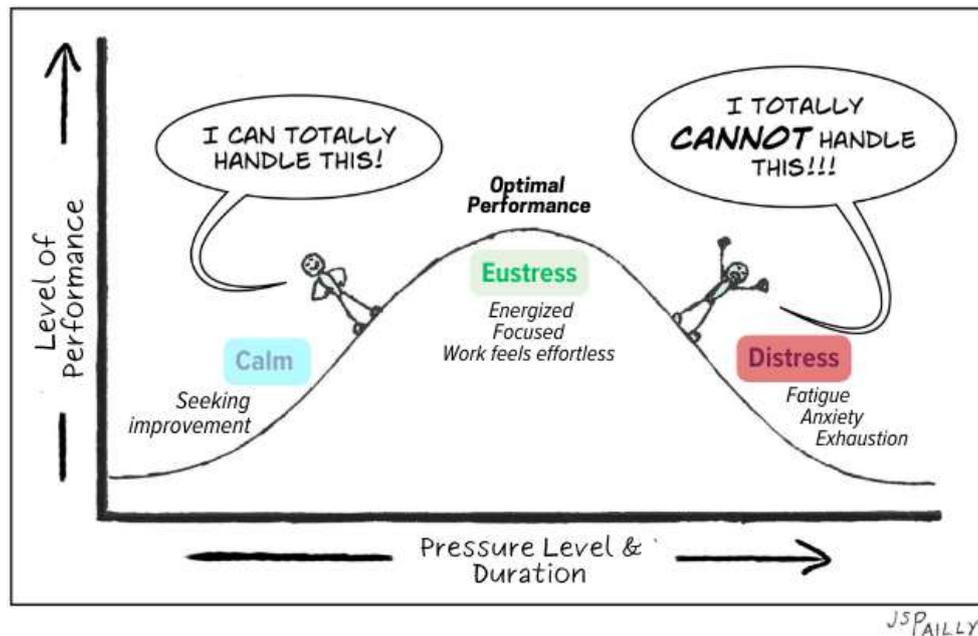
Anforderung zu reagieren und sie zu verarbeiten. Sie werden aufmerksam und konzentriert, und Ihr Verstand sowie Ihre Muskeln sind darauf vorbereitet, schneller zu reagieren als im Zustand der Ruhe [2].

Diese Art von Stress hat **nicht unbedingt negative Auswirkungen oder langfristige Konsequenzen.** **Tatsächlich ist es ein notwendiger Prozess, der es Ihnen ermöglicht, die Aufgaben zu erledigen und die Probleme zu lösen, die Teil des Lebens sind,** indem Sie Ihr Wissen, Ihre Fähigkeiten und Erfahrungen einsetzen. **Diese positive, natürliche Stressreaktion wird auch als Eustress** bezeichnet (das Präfix „eu-“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet „gut“). **Normalerweise kehren Ihr Körper und Ihr Verstand nach erfolgreicher Bewältigung der Anforderung oder Herausforderung – was, wie oben beschrieben, durch die physiologische Stressreaktion ermöglicht wird – wieder in einen Ruhezustand zurück, sodass Sie zufrieden sind und ein angenehmes Gefühl der Erfüllung empfinden.**

Manchmal wird die natürliche Stressreaktion jedoch so ausgelöst, dass es unmöglich wird, in den Zustand der Ruhe und Zufriedenheit zurückzukehren. Dies passiert, **wenn die Anforderungen der Situation zu groß sind oder wenn Sie nicht vertrauen, dass Sie über das Wissen, die Fähigkeiten und Erfahrungen verfügen, um angemessen zu reagieren.** Es kann auch passieren, wenn die Anforderungen an Sie anhalten oder in so schneller Folge kommen, dass Ihren Körper keine Gelegenheit hat, zur Ruhe zu kommen. Infolgedessen könnten Sie sich überwältigt fühlen und die Anforderungen als unüberwindbar empfinden [3]. **Diese negative Form von Stress wird als Distress** bezeichnet. Obwohl die physiologische Reaktion dieselbe ist wie beim Eustress, sind die Wahrnehmung und die Auswirkungen auf Ihr Wohlbefinden ganz anders.

Wie in Abbildung 4.1.1 zu sehen ist, gibt Eustress einen kurzfristigen Energieschub, um Herausforderungen zu bewältigen. **Übermäßiger Stress kann jedoch die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen,** indem er zu mentaler Blockade führt und klares Denken erschwert. Dies kann dazu führen, dass Sie nicht auf Ihr vorhandenes Wissen und Ihre Fähigkeiten zugreifen und diese anwenden können, wodurch das Gefühl der Überforderung verstärkt wird. **Langfristig kann übermäßiger Stress verhindern, dass Ihr Körper in einen Ruhezustand zurückkehrt, was sich erheblich auf Ihre mentale Gesundheit und Ihr psychosoziales Wohlbefinden auswirken kann.**

Abbildung 4.1.1. „Eustress vs. Distress“



Hinweis: Die Grafik wurde vom EU-MiCare-Team auf Grundlage von Informationen von J.S. Pailly und Integrative Cancer neu angepasst. (Planet Pailly, 2019, [Eustress vs. Distress](#); Integrative Cancer, (o.D.), [Integrative Cancer Review: Multiplying the Power of Healing](#))

Die Reproduktion dieser Grafik impliziert keine Unterstützung durch die ursprünglichen Autoren

→ [VIDEO: Wie Stress Ihren Gehirn beeinflusst \(Video auf Englisch\)](#) 

Stress betrifft nicht nur Einzelpersonen, sondern auch Gruppen und Teams [1], da jedes Teammitglied auf die anderen angewiesen ist, um ordnungsgemäß zu funktionieren. Deshalb müssen wir nicht nur die Auswirkungen von Stress auf einzelne Personen in herausfordernden Situationen genau beobachten, sondern auch die Bedingungen berücksichtigen, unter denen das gesamte Team arbeitet.

Der Stress-Eimer (Abbildung 4.1.2) ist eine weitere einfache Möglichkeit, zu verstehen, wie Stress sowohl auf individueller Ebene als auch im Kontext eines Teams wirkt [4]. **Stellen Sie sich einen Eimer vor, der alle Belastungen in Ihrem Leben aufnimmt.** Im Bereich der Unterstützung von Migrant:innen und Geflüchteten können diese Belastungen hohe emotionale Anforderungen, lange Arbeitszeiten, unzureichende Ressourcen sowie das Navigieren durch komplexe bürokratische Systeme umfassen. **Jedes Mal, wenn Sie (oder Ihr Team) auf Stress stoßen, fühlt es sich an, als würde man Wasser in den Eimer gießen.** Wenn

diese Stressfaktoren **ohne angemessene Ausgleichsmöglichkeiten** – wie Unterstützung von Kollegen, Supervision oder Selbstfürsorge – sich anhäufen, wird der Eimer **schließlich überlaufen**. Wenn das passiert, könnten Sie (persönlich oder kollektiv) sich überfordert fühlen und Schwierigkeiten haben, damit umzugehen.

Abbildung 4.1.2. “Der Stress-Eimer”



Hinweis: Grafik erstellt von Mental Health UK (2018) basierend auf einer Idee von Brabban und Turkington (2002).

→ [VIDEO: Der Stress-Eimer \(Video auf Englisch\)](#) 

 **Reflexionspause:** *Beteiligen Sie sich an einer persönlichen und/oder Gruppenreflexion.*

Nehmen Sie sich etwas Zeit, um über die Konzepte von Eustress und Distress sowie das visuelle Metaphorikum des Stress-Eimers nachzudenken. Überlegen Sie dann: Was hilft Ihnen, Stress abzubauen? Wie können Sie diese Aktivitäten aufrechterhalten, wenn andere Belastungen zunehmen? Sie können [dieses nützliche Handout](#) auch gemeinsam mit Ihren Kollegen ausfüllen (auch im  **Repository**, siehe 4.1 – Handout 1. “The Stress Bucket”).

Quelle: mentalhealth-uk.org

Burnout

Es ist allgemein anerkannt, dass Burnout unter Fachkräften und Ehrenamtlichen, die mit Menschen in Not arbeiten, insbesondere mit denen, die extreme Widrigkeiten überlebt haben, häufig vorkommt. Burnout wird als ein **mentaler Zustand der Erschöpfung definiert, der durch anhaltende Belastung durch arbeitsbedingte Stressfaktoren entsteht**, während es an **ausreichenden Ressourcen mangelt, um effektiv mit diesen Belastungen umzugehen**. Es äußert sich in drei wesentlichen Dimensionen: eine extreme Erschöpfung, Zynismus und Entfremdung von der Arbeit sowie ein Gefühl der Ineffektivität und des Mangels an Erfüllung [5].

Burnout entwickelt sich schleichend und entzieht langsam die emotionalen, mentalen und physischen Ressourcen einer Person. Wenn Menschen Burnout erleben, **wird Arbeit, die einst als kreativ und bedeutsam wahrgenommen wurde, mit der Zeit immer weniger erfüllend und nicht mehr nachhaltig**. Menschen, die unter Burnout leiden, hören möglicherweise auf, sich um sich selbst zu kümmern, greifen zu Alkohol und Nikotin, ernähren sich schlecht, schlafen unregelmäßig und sind selbst in ihrer Freizeit oft gedanklich mit der Arbeit beschäftigt.

Anzeichen von Burnout	
Körperliche Erschöpfung, chronische Müdigkeit	Mangel an persönlicher Erfüllung
Emotionale Erschöpfung	Negative Einstellungen gegenüber der Arbeit, dem Leben selbst und anderen Menschen
Depersonalisation (das Gefühl, „neben sich selbst“ zu sein)	Verminderte Fähigkeit, mit der Umgebung umzugehen
Gefühl der Hilflosigkeit	Beweise für schlechte Betreuung von Klient:innen
Desillusionierung	Beweise für Vernachlässigung klinischer/administrativer Pflichten

Hinweis: Der Inhalt wurde vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von Mor Barak et al. (2001), Laslach & Leiter (2016) und Stackelford (2006) angepasst.

[Mor Barak, M. E., Nissly, J. A., & Levin, A. (2001). Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from past research? A review and meta-analysis. *Social service review*, 75(4), 625-661. <https://doi.org/10.1086/323166>; Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>; Shackelford, K. (2006). Preparation of undergraduate social work students to cope with the effects of indirect trauma. (Unpublished doctoral dissertation). University of Mississippi Department of Social Work, University, MS.]

Persönliche Faktoren können beeinflussen, wie anfällig Sie für chronischen Stress und berufliche Erschöpfung sind. Dazu gehören Merkmale, die auf Ihrer Identität und Ihrem Hintergrund basieren, wie Alter, Geschlecht, Bildung, Bewältigungsstrategien, persönliche Erfahrungen mit Traumata, Unterstützung durch Familie und soziale Kreise sowie die finanzielle Situation. Während die Auswirkungen dieser Faktoren schwer zu verändern sind, können Ihre **Bewältigungsfähigkeiten und Ihre Resilienz durch Schulungen sowie berufliche und persönliche Entwicklungsaktivitäten beeinflusst werden** [1]. Weitere Informationen und Beispiele dazu werden in den kommenden Einheiten behandelt.

Mitgefühlsmüdigkeit („Compassion Fatigue“)

Mitgefühlsmüdigkeit, auch als „Preis des Mitgefühls“ bezeichnet, weist einige Ähnlichkeiten mit Burnout auf, ist jedoch **ein eigenes Phänomen. Es handelt sich um eine tiefgreifende, chronische emotionale und körperliche Erschöpfung**, die eng mit der Fürsorgearbeit verbunden ist, insbesondere mit der Betreuung von Menschen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben. Betroffene von Mitgefühlsmüdigkeit

entfremden sich und werden zynisch, was sich negativ auf die Qualität der Betreuung auswirkt, die sie leisten können [6].

Anzeichen von Mitgeföhlsmüdigkeit	Spezifische Merkmale von Mitgeföhlsmüdigkeit im Vergleich zu Burnout
Reizbarkeit	Es konzentriert sich auf die Erschöpfung von Empathie und Heilungsfähigkeit.
Körperschmerzen	Es verhindert, dass Sie mitfühlend und empathisch bleiben.
Abkapselung	Bei Burnout fehlt es oft an Motivation und Energie für die Arbeit. Bei Mitgeföhlsmüdigkeit bleiben Sie wahrscheinlich motiviert , können jedoch Ihre übliche Empathie und Mitgeföhl nicht mehr anwenden.
Schlechte Arbeitszufriedenheit	Der Beginn der Symptome bei Mitgeföhlsmüdigkeit lässt sich meist auf einen bestimmten Fall oder eine Situation zurückführen.

Hinweis: Der Inhalt wurde vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von Leris & Byrne (2003) und Stackelford (2012) angepasst.

[Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129-138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>; Shackelford, K. (2012). Occupational Hazards of Work in Child Welfare: Direct Trauma, Secondary Trauma and Burnout. In: CW360 a comprehensive look at a prevalent child welfare issue. Spring 2012. https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/os_sts_child_welfare_article_review.pdf]

Moralische Verletzung („Moral Injury“)

Moralische Verletzung bezieht sich auf die **anhaltenden emotionalen, psychologischen, sozialen, Verhaltens- und spirituellen Auswirkungen von Handlungen, die die grundlegenden moralischen Werte und Verhaltens-Erwartungen einer Person gegenüber sich selbst oder anderen verletzen.** Sie kann als „Schaden am eigenen Gewissen oder moralischen Kompass“ verstanden werden und wird verursacht durch „das Verüben, das Nicht-Verhindern, das Zeugenschaffen oder das Erfahren von Handlungen, die tief verwurzelte moralische Überzeugungen und Erwartungen transzendieren“.

Erst kürzlich wurde die moralische Verletzung als eigenständiges Phänomen identifiziert (z.B. im Gegensatz zu PTBS) und vor allem im Kontext militärischer Tätigkeiten untersucht [9]. Allerdings berücksichtigt die jüngste Forschung mittlerweile auch die moralische Verletzung in anderen beruflichen Kontexten außerhalb des Militärs, wie etwa im medizinischen Bereich. Moralische Verletzungen werden häufig mit starken moralischen Emotionen im Zusammenhang mit dem Ereignis assoziiert, wie Schuld, Wut

und Ekel, und **können zu ernsthaften Belastungen und psychischer Störung wie Depression und Suizidalität führen**. Sie schwächt die betroffenen Personen auf individueller Ebene und kann die Fähigkeit beeinträchtigen, anderen zu vertrauen.

3. Stellvertretendes Trauma und stellvertretendes posttraumatisches Wachstum

Stellvertretendes Trauma (ST), auch als stellvertretende Traumatisierung oder stellvertretender traumatischer Stress (STS) bezeichnet, **wird häufig bei Fachkräften beobachtet, die mit Überlebenden von Traumata arbeiten** oder traumatische Ereignisse wiederholt miterleben (z. B. Therapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte und Sanitäter, Polizisten, Feuerwehrleute). Es entsteht durch die Exposition gegenüber den Traumata anderer – **sei es persönlich oder durch das Anhören der traumatischen Erlebnisse von anderen** (Klienten oder Service-Nutzern), **das Durchsehen von Akten, oder das Hören von oder Reagieren auf Gewalt und andere traumatische Ereignisse**. Stellvertretendes Trauma kann die Wahrnehmung und Erfahrung der Welt beeinflussen und sich in physischen, emotionalen und verhaltensbezogenen Anzeichen manifestieren.

→ [VIDEO: Was ist Stellvertretendes Trauma? \(Video auf Englisch\)](#) 

Ähnlich wie Stress individuell unterschiedlich erlebt wird, wird auch die Anfälligkeit für stellvertretendes Trauma von verschiedenen Faktoren beeinflusst – darunter Lebensstress, soziale Unterstützung, Alter, Geschlecht, Bildung, sozioökonomischer Status, ungelöste persönliche Traumata aus der Vergangenheit sowie übermäßig mitfühlende Reaktionen. **Berufliche Erfahrung, Ausbildung sowie organisationale Unterstützung in Form von Schulungen, Nachbesprechungen, Supervision und kollegialer Unterstützung können das Risiko senken** [10]. Die Wahrscheinlichkeit, Symptome eines stellvertretenden Traumas zu entwickeln, hängt außerdem von den Merkmalen des traumatischen Ereignisses ab, dem man ausgesetzt ist, und davon, inwieweit diese das eigene Weltbild und Wertesystem verletzen [11].

Wenn Sie denken, dass Sie dem Risiko einer stellvertretenden Traumatisierung (vicarious trauma) ausgesetzt sein könnten, werfen Sie einen Blick auf diese Übung, die in unserem  **Repository** erhalten ist (siehe 4.1 – Handout 2. “The ABC of Addressing Vicarious Trauma”).

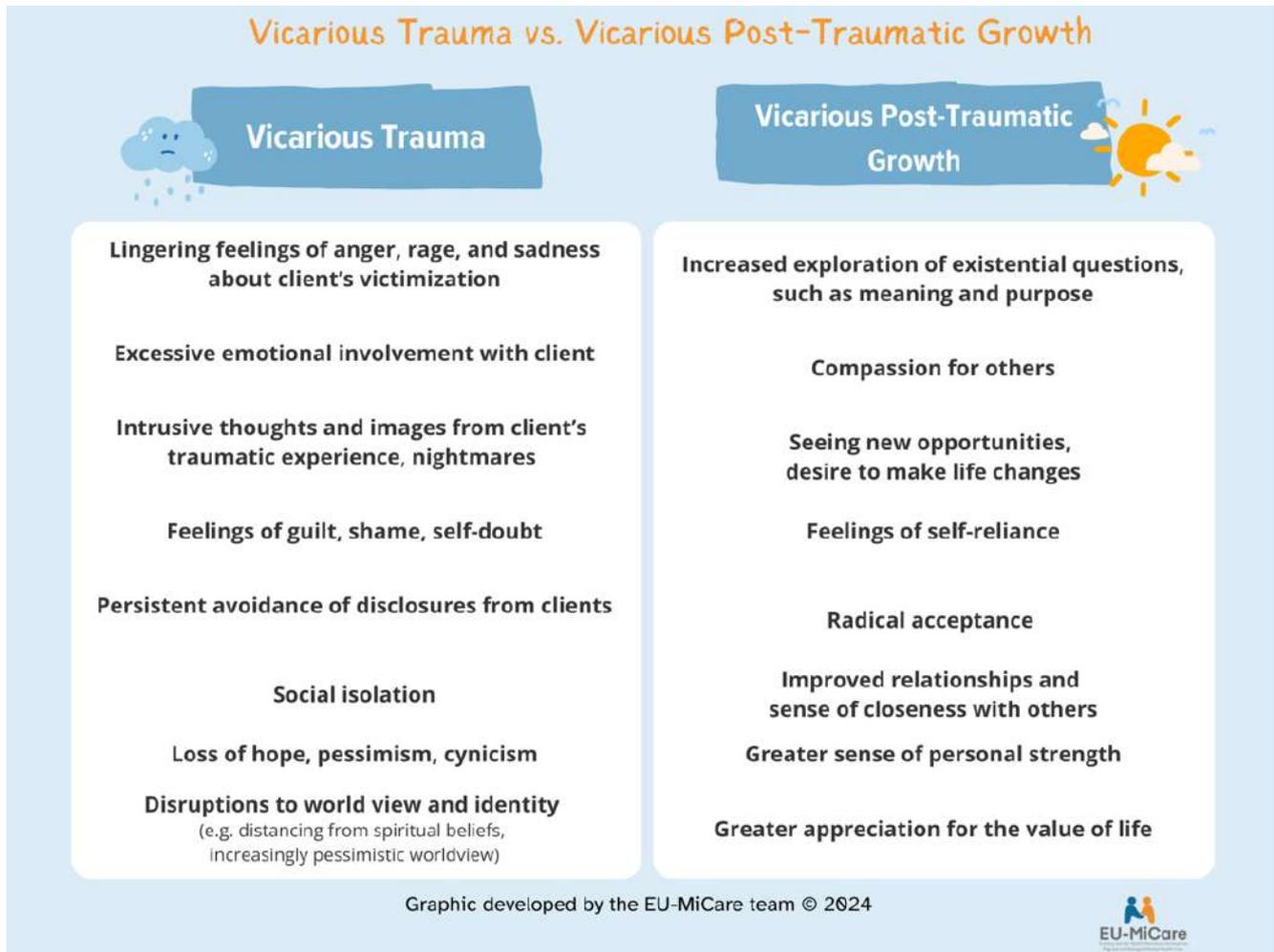
Wie bereits zuvor in dieser Einheit besprochen, muss **die Arbeit mit Menschen, die Traumata erlebt haben** und/oder sich in schwierigen und prekären Situationen befinden, **nicht zwangsläufig negativ oder belastend sein**. Neben den potenziellen Risiken, denen Sie als helfende Fachkraft oder Ehrenamtliche/r ausgesetzt sein könnten, können Ihre Begegnungen mit Migrant:innen und Geflüchteten auch **positive Auswirkungen auf Ihr Leben** haben und Chancen für persönliches sowie berufliches Wachstum bieten.

Das Konzept des stellvertretenden (oder sekundären) **posttraumatischen Wachstums** (SPTW) bezieht sich auf die positiven psychologischen Veränderungen (in Form von persönlichem Wachstum und Sinnfindung), die **bei Personen auftreten, die Menschen unterstützen, die extremen Belastungen überlebt haben** [12]. Ähnlich wie das posttraumatische Wachstum (PTW) [13], das bei den Menschen erlebt wird, denen wir helfen, die bedeutende Herausforderungen überstanden haben (siehe Einheit 1.3 für mehr Details), beziehen sich diese positiven Veränderungen auch auf Selbstwahrnehmung, Beziehungen zu anderen und die Lebensphilosophie. Sekundäres posttraumatisches Wachstum umfasst jedoch auch Aspekte, die mit der beruflichen Identität zusammenhängen, einschließlich des Bewusstseins, **dass die eigene Arbeit einen Wert hat, sowie die Entwicklung beruflicher Kompetenzen** [14]. Vikarisches posttraumatisches Wachstum tritt eher auf, wenn Fachkräfte starke soziale Unterstützung (sowohl persönlich als auch beruflich) sowie **effektive Bewältigungsstrategien** haben. Die nächsten Einheiten in diesem Modul widmen sich diesen wichtigen Aspekten.

→ **VIDEO:** [Was ist stellvertretendes posttraumatisches Wachstum? \(Video auf Englisch\)](#) 

Abbildung 4.1.3 unten bietet einen Überblick über die beiden Konzepte sowie ihre definierenden Merkmale, wie sie in der relevanten Literatur beschrieben werden.

Abbildung 4.1.3. „Indirektes Trauma vs. Indirektes Posttraumatisches Wachstum“



Hinweis: Grafik erstellt vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von Baird & Jenkins (2003), Lerias & Byrne (2003) sowie Tedeschi & Calhoun (2004a, 2004b).

[Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and victims*, 18(1), 71–86. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71>; Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129–138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>; Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004a). Vicarious post-traumatic growth: Understanding resilience in trauma workers. *Trauma Psychology*, 10(3), 319–328.; Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004b). TARGET ARTICLE: “Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.” *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01.]

4. Kritische Betrachtung der Opfer-Narrative

Wie in früheren Modulen besprochen, **bedeutet die Arbeit mit vertriebenen Personen zwangsläufig eine direkte Auseinandersetzung mit tiefem menschlichem Leid sowie außergewöhnlicher Resilienz und Wachstum durch überwundene Herausforderungen.**

Während die Menschen, mit denen wir arbeiten, ihre komplexen emotionalen Landschaften durchqueren, können sich ihre Bedürfnisse erheblich verändern – einige verarbeiten noch, was ihnen widerfahren ist, während andere bereits beginnen, sich ihre Zukunft in einem neuen Kontext vorzustellen. Ein entscheidender Aspekt der Selbstfürsorge in diesem anspruchsvollen Arbeitsumfeld besteht darin, zu erkennen, wie unsere **eigenen vorgefassten Vorstellungen unsere Interaktionen mit Migrant:innen und Geflüchteten erschweren können – und wie dies wiederum zur beruflichen Erschöpfung beitragen kann.**

Wenn wir Menschen ausschließlich als Opfer kategorisieren, die nicht in der Lage sind, auf Herausforderungen in komplexer Weise zu reagieren, laufen wir Gefahr, eine Dynamik zu verstärken, die ihre Eigenständigkeit untergräbt [1,15]. **Dieses eindimensionale Narrativ stellt uns nicht nur als Retter und sie als passive Hilfeempfänger dar, sondern trägt auch zu erhöhtem Stress in unserem Arbeitsumfeld bei und begrenzt das Potenzial für eine sinnvolle und stärkende Unterstützung.**

© **Hauptpunkt:** *Die emotionale Erfahrung von Fachkräften in der Arbeit mit geflüchteten Menschen*

Papadopoulos [1] hat drei unterschiedliche Phasen in den Reaktionen von Fachkräften konzeptualisiert, die innerhalb des dichotomen Rahmens von „Opfer-Retter“ agieren. Diese binäre Sichtweise hat direkte Auswirkungen auf die Erbringung von Dienstleistungen und beeinflusst letztendlich sowohl unser Wohlbefinden als auch das der Menschen, die wir unterstützen möchten.

- **Die Phase der Überproduktivität und Begeisterung:** Fachkräfte beginnen oft mit hoher Motivation und dem Wunsch zu helfen, was sich häufig in übermäßiger Aktivität und dem Drang äußert, „einen Unterschied zu machen“. Tief berührt von dem Leid, dem sie begegnen, sehen sie ihre Rolle möglicherweise als heldenhaft und glauben, dass sie allmächtig sind und dass ihre Arbeit tiefgreifende Auswirkungen hat. In dieser Phase

arbeiten Fachkräfte und Ehrenamtliche häufig über längere Stunden hinweg und konzentrieren ihre gesamte Energie darauf, anderen zu helfen, wobei sie oft ihre eigenen Bedürfnisse dabei vernachlässigen.

- **Die Phase der Abwehrmechanismen und des Misstrauens:** Wenn Fortschritte langsam oder nicht erkennbar erscheinen, selbst nach größtem Einsatz der Fachkräfte, können Frustrationen auftreten. Fachkräfte und Ehrenamtliche fühlen sich möglicherweise unzulänglich, schuldig und hilflos. Diese Emotionen können dazu führen, dass sie abwehrend reagieren und ihre Schwierigkeiten äußeren Faktoren zuschreiben, wie etwa Kollegen oder organisatorischen Mängeln. In dieser Phase kann in den Teams Spannungen herrschen, wobei die Schuld nach außen getragen wird, was zu Gruppenbildung oder Sündenbockmechanismen innerhalb der Organisation führen kann.
- **Die Phase der Distanzierung (und Selbstreflexion):** Fachkräfte, die diese Phase erleben, reagieren möglicherweise auf zwei Arten. Im ersten Szenario distanzieren sie sich von ihrer Arbeit, um ein Gefühl emotionaler Sicherheit zu schaffen, jedoch auf Kosten von Sinn und Engagement. Dies führt zu Langeweile, da die Arbeit zunehmend routinemäßig und mechanisch wird. Im zweiten Szenario nutzen die Fachkräfte die Herausforderungen, denen sie gegenüberstehen, als Gelegenheit für tiefere Selbstverständnisse. Dies bereichert ihre Erfahrung und hilft ihnen, die Komplexität in ihrem Denken beizubehalten, wodurch sie vermeiden, in Stereotypen oder vorgefasste Meinungen zu verfallen.

Es ist wichtig zu betonen, dass die oben beschriebenen Phasen nicht zwangsläufig in einer linearen Abfolge verlaufen. Die damit verbundenen Emotionen treten häufig in zyklischer oder widersprüchlicher Form auf. Man kann zwischen Gefühlen von Allmacht und übermäßigem Engagement bis hin zu Gleichgültigkeit und innerer Distanz hin- und herpendeln. Solche Reaktionen sind unter Fachkräften und Ehrenamtlichen weit verbreitet; entscheidend ist, sich ihrer bewusst zu werden. Dieses Bewusstwerden ermöglicht es, wirkungsvollere Strategien sowohl für die eigene Selbstfürsorge als auch für die Unterstützung anderer zu entwickeln [1].

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athens: Babel Day Centre (Syneimos NGO of Social Solidarity) and Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex).
- [2] Fink, G. (2017). Concepts, definition and history. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 1–9.
- [3] Mental Health Foundation UK. (2018). Stress. Retrieved May 7, 2024, from <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/s/stress>
- [4] Mental Health UK. (2018). The stress bucket. Retrieved May 7, 2024, from <https://mentalhealth-uk.org/blog/the-stress-bucket/>
- [5] Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- [6] Chadwick Trauma-Informed Systems Dissemination and Implementation Project. (2016). *Secondary traumatic stress in child welfare practice: Trauma-informed guidelines for organizations*. San Diego, CA: Chadwick Center for Children and Families. Retrieved May 9, 2024, from <http://www.chadwickcenter.com/wp-content/uploads/2017/08/stsinchildwelfarepractice-trauma-informedguidelinesfororganizations.pdf>
- [7] Moral Injury Project. (n.d.). About moral injury. Retrieved July 31, 2024, from <https://moralinjuryproject.syr.edu/about-moral-injury/>
- [8] Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
- [9] Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31(2), 182–191. <https://doi.org/10.1037/a0036090>
- [10] Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129–138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>
- [11] Finklestein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health & Social Work*, 40(2), e25–e31. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv026>
- [12] Abel, L., Walker, C., Samios, C., & Morozow, L. (2014). Vicarious posttraumatic growth: Predictors of growth and relationships with adjustment. *Traumatology*, 20(1), 9–18. <https://doi.org/10.1037/h0099375>
- [13] Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. New York, NY: Routledge.
- [14] Gurowiec, P. J., Ogińska-Bulik, N., Michalska, P., & Kędra, E. (2022). The relationship between social support and secondary posttraumatic growth among health care providers working with trauma victims: The mediating role of cognitive processing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 4985. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094985>
- [15] Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>

Einheit 4.2: Selbstfürsorge

Einheitsübersicht

In dieser Einheit stellen wir eine Reihe von Werkzeugen und Ressourcen vor, die Ihnen dabei helfen können, Ihre berufliche Lebensweise, Ihr Arbeitsumfeld und deren Einfluss auf Ihre psychische Gesundheit kritisch zu reflektieren. Wir werden einige Maßnahmen bereitstellen, die Ihnen helfen, Anzeichen von Stress und psychischer Belastung zu erkennen, zusammen mit einer Diskussion über das Konzept der Selbstfürsorge als Kompetenz. Darüber hinaus werden Sie Selbstfürsorge- und Stressbewältigungstechniken erkunden, die sich nahtlos in Ihre tägliche berufliche Routine integrieren lassen, um Resilienz zu stärken und mit Stress umzugehen, wenn er auftritt.

Einheitsabschnitte:

1. [Erkennen von Anzeichen von Stress und psychischer Belastung](#)
2. [Selbstfürsorge als Kompetenz](#)
3. [Praktische Strategien zur Bewältigung und Reduzierung von Stress](#)

1. Erkennen von Anzeichen von Stress und psychischer Belastung

In den letzten Jahren wurden mehrere selbst durchführbare Tests zur Bewertung von arbeitsbedingtem Stress und der beruflichen Lebensqualität entwickelt. Ihr Inhalt ist besonders relevant für Fachkräfte und Ehrenamtliche, die mit Migrant:innen und Geflüchteten arbeiten. Aus diesem Grund haben wir sie in unsere  **Repository** aufgenommen. (siehe 4.2 – Handout 1. “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5” und Handout 2. “The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool”).

Dennoch laden wir Sie ein, **bei der Selbstanwendung dieser Instrumente vorsichtig zu sein**. Sie können Ihnen Einblicke in Ihre mentale Gesundheit geben, indem sie helfen, Anzeichen übermäßigen Stresses zu erkennen. Falls Sie jedoch das Gefühl haben, Unterstützung bei der Bewältigung der negativen Auswirkungen Ihrer beruflichen oder freiwilligen Tätigkeit auf Ihr Wohlbefinden zu benötigen, **ist es entscheidend, zusätzliche, vielseitige Hilfe in Anspruch zu nehmen**.

Regelmäßige Supervision, Peer-/Mitarbeitendengruppen zur gegenseitigen Unterstützung und interdisziplinäre Zusammenarbeit sind besser geeignet, um Stress und psychische Belastungen in diesen Arbeitsumfeldern zu erkennen und zu bewältigen. Darüber hinaus ist es wichtig, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Als Fachkraft oder ehrenamtlich Engagierte:r in der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten können Sie neben therapeutischer Unterstützung verschiedene Maßnahmen ergreifen, um Ihr eigenes Wohlbefinden zu stärken und beruflicher Erschöpfung vorzubeugen.

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen und Reflexionsimpulse, die Ihnen **helfen können, kritisch über Ihr Berufsleben, Ihr Arbeitsumfeld und deren Auswirkungen auf Ihre psychische Gesundheit nachzudenken**. Diese Fragen basieren auf verschiedenen Tests und Studien [1-3] und sind nicht als formale Bewertung gedacht. Vielmehr sollen sie als **Ausgangspunkt für Ihre persönliche „Self-Care“-Reise dienen**. Sie können die Fragen auf eine Weise beantworten, die für Sie am angenehmsten ist – sei es durch schriftliche Reflexion oder einfach als Denkanstoß. Dabei können Sie Formate wie Ja/Nein-Antworten oder Häufigkeitsskalen (z. B. nie/selten/manchmal/oft/sehr oft) verwenden.

 **Reflexionspause: Nehmen Sie sich Zeit für persönliche Reflexion.**

Wir laden Sie ein, sich einen Moment Zeit zu nehmen und über Ihre aktuelle berufliche Situation und/oder Ihr Engagement als freiwillige:r Helfer:in nachzudenken. Berücksichtigen Sie dabei die folgenden Impulse:

- *Ich bin glücklich*
- *Ich beschäftige mich gedanklich mit mehr als einer Person, die ich betreue/unterstütze*
- *Ich fühle mich mit anderen verbunden*
- *Ich finde es schwierig, mein Privatleben von meinem Leben als Fachkraft/Unterstützerin zu trennen*
- *Aus Ärger oder Frustration über erlebte Situationen neige ich dazu, mich zu überschätzen und/oder zu überfordern*

(Weiter auf nächster Seite)

- Ich bin bei der Arbeit weniger produktiv, weil ich aufgrund traumatischer Erlebnisse einer Person, die ich betreue/unterstütze, schlecht schlafe
- Ich fühle mich in meiner Tätigkeit als Fachkraft/Unterstützerin gefangen.
- Ich denke darüber nach, mein Engagement aufzugeben, weil ich nicht so viel helfen oder bewirken kann, wie ich es gerne würde
- Aufgrund meiner unterstützenden Tätigkeit fühle ich mich in vielerlei Hinsicht angespannt
- Ich habe das Gefühl, das Trauma einer Person, die ich unterstützt habe, selbst zu erleben
- Ich mache mir Sorgen, dass meine eigenen traumatischen Erlebnisse getriggert werden könnten
- Ich habe Bedenken, nicht ausreichend Grenzen setzen zu können
- Ich zeige Empathie, kann aber dennoch Abstand wahren
- Ich mache mir Sorgen, von zu vielen Anfragen „übertannt“ zu werden und nicht allen gerecht werden zu können
- Meine Arbeit gibt mir Zufriedenheit
- Ich habe positive Gedanken und Gefühle gegenüber den Menschen, die ich betreue/unterstütze, und darüber, wie ich ihnen helfen kann
- Ich fühle mich überfordert, weil meine Falllast/endlose Arbeitsbelastung mich erdrückt
- Ich glaube, dass ich durch meine Arbeit einen Unterschied machen kann
- Aufgrund meiner unterstützenden Tätigkeit habe ich aufdringliche, beängstigende Gedanken
- Ich fühle mich vom System „ausgebremst“
- Ich bin glücklich, dass ich mich für diese Arbeit entschieden habe
- Ich beschäftige mich derzeit aktiv mit Wohlbefinden, Resilienz und Selbstfürsorge

Quelle: Entnommen und angepasst aus [Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung](#)

2. Selbstfürsorge als Kompetenz

Wie der Titel dieses Abschnitts andeutet, **ist Selbstfürsorge eine Kompetenz, die erlernt werden kann**. Während es oft so scheint, als ob Stress entweder durch äußere Faktoren verursacht wird oder ein fester Bestandteil der eigenen Persönlichkeit ist, gibt es tatsächlich viele Möglichkeiten, die natürliche Fähigkeit zur Stressbewältigung zu verbessern. **Selbstfürsorge bedeutet, die Fürsorge, die man anderen bietet** – was den Kern der Arbeit als Fachkraft oder Ehrenamtlicher in der Arbeit mit Migrantinnen und Geflüchteten ausmacht – mit ausreichender Fürsorge für sich selbst in Einklang zu bringen. (Siehe Abbildung 4.2.1 auf der nächsten Seite für eine detaillierte Darstellung, wie dies aussehen kann.) Selbstfürsorge ist eine Grundvoraussetzung dafür, sich um andere kümmern zu können. Es ist kein Zufall, dass die Sicherheitsanweisungen vor jedem Flug wiederholen: *„Setzen Sie zuerst Ihre eigene Sauerstoffmaske auf, bevor Sie anderen helfen!“*

Wenn Sie Selbstfürsorge als eine Kompetenz betrachten, die notwendig ist, um Ihre Arbeit auszuüben – genauso wie jedes andere Wissen, jede Fähigkeit oder Erfahrung, die typischerweise in einem Lebenslauf aufgeführt wird –, eröffnen sich Ihnen zahlreiche Möglichkeiten, diese Fähigkeit zu erlernen und aufrechtzuerhalten. Dabei sollten Sie sich bewusst machen, dass stressverstärkende Denkmuster (z. B. „Ich muss alles perfekt machen, sonst enttäusche ich andere“ oder „Ich darf keine Schwäche zeigen, sonst wirke ich inkompetent“) dazu führen können, dass selbst gut gemeinte Ratschläge wie ausreichend zu essen, zu schlafen und sich zu bewegen zu einer weiteren Quelle von Leistungsdruck werden – im Sinne eines ständigen Anspruchs auf Selbstopтимierung. Umso wichtiger ist es, **Wege zu finden, diese Empfehlungen nicht als zusätzliche Aufgaben auf Ihrer To-do-Liste zu sehen, sondern als Gelegenheiten zur Erholung und für angenehme, nicht durchgeplante Freizeitaktivitäten**.

Abbildung 4.2.1. „Grundlagen der Selbstfürsorge für Fachkräfte und Ehrenamtliche“



Hinweis: Grafik entwickelt vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von Gräßer et al. (2013)

[Gräßer, M., Iskenius, E.-L., & Hovermann, E., Jr. (2017). *Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung*. Weinheim: Beltz.]

3. Praktische Strategien zur Bewältigung und Reduzierung von Stress

Es gibt viele Werkzeuge, Strategien und Übungen zur Stressbewältigung und -reduktion. Einige sind so einfach wie echte Pausen während der Arbeitszeit, das „Abschalten“ während der Mittagspause, indem man einen kurzen Spaziergang macht oder mit Kolleg:innen isst (mit der gemeinsamen Vereinbarung, nicht über die Arbeit zu sprechen!), oder regelmäßig die Fenster zu öffnen, um frische Luft in den Raum zu lassen. **Diese kleinen Maßnahmen können erheblich dazu beitragen, das allgemeine Wohlbefinden zu verbessern und eine ausgewogenere Arbeitsumgebung zu schaffen.**

Verstehen, was Sie täglich tun

In der untenstehenden Tabelle [3] finden Sie weitere Einblicke in praktische Aktivitäten, die Sie in Ihre tägliche Routine integrieren können.

Mögliche Interventionen	Ich mache das schon!	Ich möchte mehr darauf achten...
Ich überwache mein eigenes Stresslevel und ergreife rechtzeitig Maßnahmen, um dem entgegenzuwirken.		
Ich nehme meine körperlichen Warnsignale ernst.		
Ich habe ein klares Zeitmanagement mit Pausenregelung.		
Ich setze während meiner Arbeitszeit klare Prioritäten.		
Ich kenne meine Grenzen und halte mich daran.		
Ich pflege meine sozialen Beziehungen und Kontakte.		
Ich nutze Entspannungstechniken oder ressourcenorientierte Verfahren.		
Ich kann mich gut distanzieren und habe ein eigenes Distanzierungsritual.		
Ich nehme regelmäßig Supervision in Anspruch.		
Ich nehme regelmäßig an Weiterbildungen teil und stärke meine beruflichen Fähigkeiten.		
Ich betreibe regelmäßig Sport und Bewegung.		
Ich habe ein Hobby.		
Ich habe Zeit für schöne Dinge, und diese sind ein fester Bestandteil meines Kalenders.		
Ich habe die Möglichkeit, zeitnah mit Kolleg*innen zu sprechen, wenn mich etwas belastet, z. B. bei einer Tasse Kaffee oder am Telefon.		
Ich fühle mich frei, meine eigenen Schwierigkeiten mit meinem Arbeitgeber:in oder Vorgesetzten anzusprechen.		
Ich mache keine Versprechungen, die ich nicht einhalten kann.		
Ich delegiere Aufgaben, die nicht in meinen Aufgabenbereich gehören oder für die andere spezialisierter sind.		

Ich kann „Nein“ sagen und tue es auch.		
Ich habe eine klare Stellenbeschreibung und meine Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind mir klar.		

Verbesserung Ihres Schlafes

Einer der Grundpfeiler von Selbstfürsorge ist ausreichend und erholsamer Schlaf. Unten finden Sie eine Liste mit Tipps [4], die dabei helfen können, gesunde Schlafgewohnheiten zu fördern.

Tipps für gesunden Schlaf	
1.	Achten Sie darauf, wenn Sie sich nachts über das Nicht-Schlafen-Können ärgern. Solche Frustration und Sorgen können eine anregende Wirkung haben, ähnlich wie Koffein. Versuchen Sie, in der Nacht nicht auf die Uhr zu schauen.
2.	Üben Sie täglich Achtsamkeitsübungen, bis sie gut für Sie funktionieren. Schreiben Sie alle Sorgen auf ein Stück Papier neben Ihrem Bett, um sie aus Ihrem Kopf zu bekommen, bis zum nächsten Tag.
3.	Lernen Sie Entspannungs- und Meditationstechniken, wie geführte Visualisierungen und progressive Muskelentspannung (PMR). Experimentieren Sie mit verschiedenen Methoden, um herauszufinden, was Ihnen hilft, leichter einzuschlafen und die Schlafqualität zu verbessern.
4.	Bewegen Sie sich tagsüber (nicht am Abend), um Stress abzubauen, Ausgeglichenheit zu erreichen und sich körperlich müde zu fühlen.
5.	Gehen Sie nur dann ins Bett, wenn Sie wirklich schläfrig sind und sich schlafbereit fühlen. Verwenden Sie Ihr Schlafzimmer und Bett nur für Aktivitäten, die mit Schlafen zu tun haben (außer sexuellen Aktivitäten).
6.	Reduzieren Sie die Zeit, die Sie im Bett verbringen. Berechnen Sie Ihre tatsächliche Schlafzeit im Verhältnis zur Zeit, die Sie im Bett verbringen, z. B. 5 von 7 Stunden. Wenn Sie um 7 Uhr aufstehen wollen, gehen Sie um 2 Uhr ins Bett. Dies kann in der ersten Woche anstrengend sein, aber Sie werden schneller einschlafen und die Nacht durchschlafen. Wenn Ihr Körper sich daran gewöhnt hat, ohne Wachwerden 5 Stunden zu schlafen, können Sie die Zeit im Bett langsam wieder erhöhen.
7.	Machen Sie tagsüber keine Nickerchen.
8.	Stehen Sie jeden Tag zur gleichen Zeit auf, egal wie viel Sie in der Nacht geschlafen haben oder wie erholt Sie sich fühlen.
9.	Schauen Sie in den letzten 2 Stunden vor dem Schlafen nicht auf rückbeleuchtete Bildschirme (Handy, Computer). Das blaue Licht, das sie abgeben, hemmt die Melatoninproduktion, die Sie schläfrig macht.
10.	Trinken Sie in den letzten 2 Stunden vor dem Schlafen keinen Alkohol. Trinken Sie mindestens 6 Stunden vor dem Schlafen keine koffeinhaltigen Getränke (Tee, Kaffee, Cola, Energydrinks). Vermeiden Sie es, in den letzten Stunden vor dem Schlafen zu rauchen.

11. Gehen Sie mit einem positiven Gedanken schlafen (Was war schön heute? Wofür bin ich dankbar?). Entwickeln Sie ein regelmäßiges Einschlafritual, das Ihnen signalisiert, dass es Zeit zum Schlafen ist.
12. Wenn Sie ins Bett gehen, schalten Sie das Licht mit der Absicht aus, schlafen zu gehen. Einige Menschen finden es hilfreich, in einen anderen Raum zu gehen, wenn sie nicht einschlafen können, sich mit einer angenehmen, ruhigen Aktivität zu beschäftigen, bis sie schläfrig sind, und dann wieder ins Schlafzimmer zurückzukehren.
13. Wenn Sie es gewohnt sind, essen Sie einen kleinen Snack vor dem Schlafengehen, um zu verhindern, dass Sie in der Nacht hungrig werden.
14. Wenn Sie weiterhin Schlafprobleme haben, sprechen Sie mit einem Arzt und/oder Psychologen/Psychotherapeuten, um eine Therapie, Medikation und/oder weitere Untersuchungen in einem Schlaflabor in Erwägung zu ziehen.

Achtsamkeit in den Alltag integrieren

Achtsamkeit kann eine weitere effektive Selbstfürsorgepraxis sein, indem sie ein größeres Bewusstsein für den gegenwärtigen Moment fördert. Achtsamkeitstechniken können die **Emotionen besser regulieren, die Konzentration steigern und ein Gefühl der Ruhe fördern**, was letztendlich zum allgemeinen Wohlbefinden beiträgt.

→ [VIDEO: Achtsamkeit: Auf das Wohlbefinden hinarbeiten \(Video auf Englisch\)](#) 

Förderung einer gesunden und sicheren digitalen Umgebung

Smartphones sind oft unerlässliche Werkzeuge für Fachkräfte (sowohl Berufspersonen als auch Ehrenamtliche), aber es ist eine wahre Kunst, sie weise zu nutzen. Viele Menschen identifizieren ihr Smartphone als eine besondere Quelle von Stress.

Das Gefühl, ständig verfügbar zu sein, kann zu einem Zustand ständiger Alarmbereitschaft führen, der die allgemeinen Stresslevel, denen man ausgesetzt ist, erhöht. Hier finden Sie einige nützliche Tipps für eine gesündere Nutzung Ihres Telefons [5].

Tipps für digitale Achtsamkeit

1. Verwenden Sie den Flugmodus oder den “Nicht stören”-Modus auch tagsüber. Sie können weiterhin bestimmte Benachrichtigungen sehen, z. B. Termin-Erinnerungen.
2. Stellen Sie das Telefon für einen regelmäßigen Zeitraum auf “Nicht stören”, z. B. von 21 Uhr bis 8 Uhr.
3. Teilen Sie anderen mit, zu welchen Zeiten des Tages Sie offline sein werden. So vermeiden Sie Enttäuschungen und es ist ein zusätzlicher Anreiz für Sie, offline zu bleiben.
4. Deaktivieren Sie Push-Nachrichten.
5. Verwenden Sie Apps (z. B. ‘Quality Time’, ‘Offtime’, ‘Forest’), um Ihre Nutzungsgewohnheiten zu analysieren und treffen Sie Entscheidungen auf dieser Grundlage.
6. Seien Sie mutig: Deinstallieren Sie Social-Media-Apps.
7. Antworten Sie Nachrichten und E-Mails nur 1-3 Mal pro Tag. In den meisten Fällen reicht es aus, E-Mails einmal morgens zu beantworten.
8. Versuchen Sie einen digitalen Detox. Schalten Sie Ihr Smartphone für einen ganzen Abend, einen ganzen Tag oder sogar eine ganze Woche aus. Erwägen Sie einen mehrtägigen Achtsamkeits-/Meditations-Retreat, der auch einen digitalen Detox umfasst.
9. Nutzen Sie Ihre Klingeltöne und Benachrichtigungen als Auslöser für Atem- oder Achtsamkeitsübungen: Jedes Mal, wenn Ihr Smartphone klingelt oder Sie benachrichtigt wird, atmen Sie ein, atmen Sie aus und lächeln Sie, bevor Sie antworten (oder entscheiden, später zu antworten!).
10. Bestimmen Sie die Toilette als smartphonefreie Zone. Nutzen Sie sie als Ort, um Ihren Geist auszuruhen.
11. Gemeinsame Zeit ist smartphonefreie Zeit: Stellen Sie sicher, dass Ihr Smartphone keine Nachrichten und Benachrichtigungen anzeigt, während Sie in direktem Kontakt mit anderen Menschen sind.

Die Entwicklung Ihres eigenen Selbstfürsorgeplans.

Ein Selbstfürsorge-Plan ist ebenfalls eine gute Idee. Versuchen Sie, diesen Fragebogen zu nutzen, um Ihren eigenen zu erstellen [6].

© **Hauptpunkt:** *Reflexive Impulse zur Erstellung Ihres eigenen Selbstfürsorge-Plans*

- ◆ **Struktur:** *Worauf möchte ich in Bezug auf die Struktur meiner Tage und Wochen achten? Wann höre ich mit der Arbeit auf? Was mache ich nach der Arbeit?*
- ◆ **Soziale Interaktion & soziale Kompetenz:** *Wer ist mir wichtig? Wie oft möchte ich diese Person sehen? Was möchte ich aus dem Kontakt mit anderen lernen?*
- ◆ **Sport & Bewegung:** *Wann und wie oft möchte ich Sport treiben/beweglich sein und mit wem?*

- ◆ **Die schönen Dinge im Leben:** Welche Aktivitäten (Kunst, Musik, Kreativität, sinnliche Erfahrungen, Humor, Stille, Intimität/Sex, Gartenarbeit, Entspannungstechniken, Kuscheln – auch mit Tieren, Urlaubs-/Abenteuerplanung, Unterhaltung, Gnade erleben, Kochen/Essen, Zeit in der Natur, etc.) möchte ich beibehalten oder erweitern? Wie?
- ◆ **Sinn im Leben („deine Werte leben“):** Was ist mir wichtig? Womit möchte ich mehr Zeit verbringen (jemandem einen Gefallen tun, jemandem etwas beibringen, sich jemandem widmen, ohne sich selbst aufzugeben, ehrenamtliche Arbeit, Spiritualität/Religion, Interaktion mit Gleichgesinnten, etc.)?
- ◆ **Schlaf:** Worauf möchte ich achten? (Siehe „Tipps für gesunden Schlaf“ oben)
- ◆ **Sorgen & Grübeln:** Wie möchte ich mit Sorgen, dem Grübeln über Probleme und den zugrunde liegenden Gefühlen umgehen?
- ◆ **Selbstdisziplin:** Wie sehr möchte ich meine Komfortzone verlassen? Aus welchen Gründen? Wie oft
- ◆ **Selbstreflexion: Stärken und Schwächen:** Worauf muss ich bei mir selbst achten? Wie setze ich mich selbst unter Druck? Welche meiner Einstellungen möchte ich hinterfragen? Was sind die „roten Knöpfe“, die andere bei mir drücken? Was kann ich tun, wenn ich getriggert werde?
- ◆ **Selbstmitgefühl & Selbstakzeptanz:** Wie werde ich mein eigener bester Freund? Welche alten „automatischen Nachrichten“ des schlechten Gewissens möchte ich aufgeben? Wie setze ich Selbstakzeptanz in die Praxis um? Wie zeige ich mir, dass ich mich selbst mag? Welchen inneren Widerstand gegen dies muss ich aufgeben?

Was ist für mich noch wichtig?

Eine Sammlung von Werkzeugen und Ressourcen ist im  [Repository](#) (siehe 4.2 – Handout 3. “Additional Tools and Resources for Self-Care”). Von Atemübungen und Meditationspraktiken bis hin zu umfassenden Leitfäden über stellvertretende Traumatisierung und mobilen Anwendungen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit – diese Ressourcen dienen als wertvolle erste Schritte zur Verbesserung Ihres Wohlbefindens.

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Stamm, B. H. (2009–2012). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Retrieved July 31, 2024, from <https://proqol.org/>
- [2] Lusk, M., & Terrazas, S. (2021). Ameliorating stress and burnout among professionals who work with migrants and refugees. *Journal of Human Services: Training, Research, and Practice*, 7(2), Article 3. Retrieved July 31, 2024, from <https://scholarworks.sfasu.edu/jhstrp/vol7/iss2/3>
- [3] Gräßler, M., Iskenius, E.-L., & Hovermann, E., Jr. (2017). *Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung*. Weinheim: Beltz.
- [4] Psychologists for Future. (2019a). 19 Tipps für gesunden Schlaf. Retrieved May 14, 2024, from <http://www.psychologistsforfuture.org/wp-content/uploads/2020/02/Psy4F-19-Tipps-f%C3%BCr-gesunden-Schlaf-Juliz2019.pdf>
- [5] Psychologists for Future. (2019b). Digitale Achtsamkeit. 11 Alltagstipps für Engagierte. Retrieved May 14, 2024, from https://www.psychologistsforfuture.org/wp-content/uploads/2020/04/20-04_Psy4F-Digitale-Achtsamkeit-Sept2019.pdf
- [6] Psychologists for Future. (2019c). Meine persönliche Selbstfürsorge: Arbeitsblatt zu den 10 Säulen der Selbstfürsorge. Retrieved May 14, 2024, from https://www.psychologistsforfuture.org/wp-content/uploads/2020/04/20-04_Psy4F-Digitale-Achtsamkeit-Sept2019.pdf

Einheit 4.3: Mitarbeitendenfürsorge

Einheitsübersicht

Diese Einheit veranschaulicht, wie Arbeitgeber:innen und Organisationen ihrer Fürsorgepflicht in Bezug auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Mitarbeitenden effektiv nachkommen können. Sie betont die Bedeutung der Schaffung günstiger Arbeitsbedingungen und bietet Strategien und Ideen, wie Feldarbeiter für eine Kultur der Fürsorge innerhalb ihrer Organisationen eintreten können. Die Einheit endet mit Überlegungen zu den besonderen Umständen, mit denen Ehrenamtliche konfrontiert sind (deren Arbeit oft außerhalb eines professionellen Kontextes stattfindet), einschließlich spezifischer Vorschläge zur Festlegung und Kommunikation von Grenzen.

Einheitsabschnitte:

1. [Implementierung eines integrierten Systems zur Mitarbeitendenfürsorge](#)
2. [Unterstützende Strukturen am Arbeitsplatz](#)
3. [Von individueller zu Team- und organisatorischer Resilienz](#)
4. [Grenzen setzen und kommunizieren: Besonderheiten der ehrenamtlichen Arbeit](#)

1. Implementierung eines integrierten Systems zur Mitarbeitendenfürsorge

Idealerweise ist **die Mitarbeitendenfürsorge ein facettenreiches System aus Werkzeugen, Arbeitspraktiken und organisatorischen Strukturen, die in den Arbeitsplatz integriert sind.** Die gesamte Implementierung der Mitarbeitendenfürsorge sollte darauf abzielen, Feldmitarbeitende sowohl persönlich als auch beruflich zu unterstützen, und zwar sowohl individuell als auch im Team. Es ist wichtig zu betonen, dass die **Mitarbeitendenfürsorge die Fürsorgepflicht des Arbeitgeber:in in die Praxis umsetzt. Sie soll keine ad-hoc- oder Notfallmaßnahme sein, wenn etwas schiefgeht,** sondern vielmehr eine **kontinuierliche, proaktive Anstrengung,** um die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Mitarbeitenden und Ehrenamtlichen zu erhalten.

Idealerweise ist Mitarbeitendenfürsorge ein facettenreiches System aus Instrumenten, Praktiken am Arbeitsplatz und organisatorischen Strukturen, das in den Arbeitsalltag integriert ist. Die gesamte Implementierung der Mitarbeitendenfürsorge sollte darauf abzielen, Feldmitarbeitende sowohl auf persönlicher als auch auf professioneller Ebene zu unterstützen – sowohl individuell als auch innerhalb ihrer Teams. Es ist wichtig zu betonen, dass Mitarbeitendenfürsorge die praktische Umsetzung der Fürsorgepflicht der Arbeitgeber:innen ist. Sie ist nicht als Ad-hoc- oder Notfallmaßnahme gedacht, wenn etwas schief läuft, sondern vielmehr als kontinuierliche, proaktive Bemühung, die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Mitarbeitenden und Ehrenamtlichen zu erhalten.

Im Folgenden sind einige notwendige Komponenten aufgeführt, um Risiken für das Wohlbefinden der Mitarbeitenden zu verhindern und ein integriertes System zur Mitarbeitendenfürsorge umzusetzen [1]:

1. Die Organisation muss die Bedeutung der Mitarbeitendenfürsorge und ihren Wert für die Mitarbeitenden anerkennen.
2. Die Organisation muss einen operativen Rahmen für die Mitarbeitendenfürsorge innerhalb ihrer Systeme entwickeln.
3. Der operative Rahmen für die Mitarbeitendenfürsorge, den die Organisation entwickelt, muss kultur-, kontext- und geschlechtssensibel sein.
4. Die Organisation muss eine schriftliche Richtlinie zur Mitarbeitendenfürsorge entwickeln.
5. Die Organisation muss eine Kultur der Mitarbeitendenfürsorge fördern und das Verständnis unterstützen, dass auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden mit Unterstützung reagiert wird.
6. Die Organisation muss regelmäßig die Bedürfnisse der Mitarbeitenden im Bereich Fürsorge evaluieren.
7. Die Organisation muss Selbstfürsorgepraktiken unter ihren Mitarbeitenden fördern.
8. Die Organisation muss die Mitarbeitendenfürsorge in Planungs- und Budgetierungsprozesse integrieren.

© **Hauptpunkt:** Grundlagen eines integrierten Systems zur Mitarbeitendenfürsorge

Mehrere Kernbestandteile des Personalmanagements tragen zur Grundlage eines integrierten Systems zur Mitarbeitendenfürsorge bei [2]. Dazu gehören:

- **Genau und aktuelle Stellenbeschreibungen**, die sicherstellen, dass Mitarbeitende nicht in Aktivitäten involviert werden, die ihren ethischen Praktiken widersprechen, einschließlich beruflicher Vertraulichkeit (z. B. Überwachung von Klient*innen oder Informieren der Einwanderungsbehörden).
- **Etablierte Kontakte zu externen Diensten, um auf kritische Vorfälle zu reagieren.**
- **Regelmäßiger Austausch von Erfahrungen und Reflexion innerhalb des Teams und mit der Leitung**, einschließlich der Dokumentation der Ergebnisse (Qualitätsverbesserung).
- **Angemessene Verhältnisse von Mitarbeitenden zu Klient:innen/Service-Nutzer:innen.**
- **Zeitliche Zuweisung für relevantes Studium, Planung, Reflexion, Networking und Entwicklung von Richtlinien.**
- **Angemessene Fortbildungsmöglichkeiten**, einschließlich finanzieller Unterstützung und Zeit.
- **Zeitliche Zuweisung für berufliche Zusammenarbeit und kollegialen Austausch über die Organisation hinaus.**
- **Unterstützung durch berufliche Supervision** (einschließlich der notwendigen finanziellen Ressourcen und Zeit), insbesondere in Bereichen, in denen Mitarbeitende häufig auf Geschichten/Erfahrungsberichte von Traumata stoßen.
- **Zeit für teamorientierte Reflexion.**

2. Unterstützende Strukturen am Arbeitsplatz

Das Verständnis der Bedeutung von Unterstützung am Arbeitsplatz ist für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Migrationsbereich entscheidend, **da es direkte Auswirkungen auf ihre mentale Gesundheit und Arbeitszufriedenheit hat.** Die Erkenntnis, dass **Arbeitgeber:innen die Verantwortung tragen, ein unterstützendes Umfeld zu schaffen, hilft diesen Fachkräften, sich für ihre Bedürfnisse einzusetzen und**

zu einer Kultur des Wohlbefindens beizutragen. Wenn Mitarbeitende ihre Rechte auf Unterstützung und Ressourcen kennen, sind sie eher bereit, bei Bedarf Hilfe zu suchen. Aber wie sieht das in der Praxis aus?

Eintreten für eine Kultur der Fürsorge

Die Gewährleistung der Fürsorgepflicht des Arbeitgeber:innen für sowohl Fachkräfte als auch Ehrenamtliche umfasst die **Schaffung von Bedingungen, die aktiv Stress abbauen und dessen langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit verhindern**. In der Praxis wird dies durch regelmäßige, **rechtzeitige und qualitativ hochwertige Nachbesprechungen, Supervision und Teamreflexion erreicht**. Ein Mangel an superviser Unterstützung kann dazu führen, dass Mitarbeitende sich mental von ihrer Rolle und ihrem Arbeitsplatz distanzieren. Regelmäßige und verlässliche Treffen helfen den Mitarbeitenden, Vertrauen zu entwickeln, während sie ermutigt werden, professionelle Unterstützung zu suchen und gegenseitiges Feedback zu geben [3].

Soziale Interaktionen ergänzen formelle Nachbesprechungen, Supervision und Reflexionsprozesse und helfen Fachkräften und Ehrenamtlichen, sich auch in herausfordernden Situationen sicherer zu fühlen. **Diese Gelegenheiten zur Verbindung, kombiniert mit formeller Unterstützung, tragen zu einem stärkeren Gefühl der Stabilität und Teamkohäsion bei**. Beispiele für solche Interaktionen sind:

- **Feiern Sie Erfolge (auch kleine), um den Beitrag jedes Einzelnen wertzuschätzen.**
- **Organisieren Sie teambildende Aktivitäten, die soziale Interaktion fördern** (während sowie außerhalb der Arbeitszeiten). Diese sollten sich nicht mit Falldetails oder den negativen Aspekten der Arbeit befassen und können auch geliebte Menschen einbeziehen.
- **Halten Sie vertrauliche Selbsthilfegruppentreffen ab, um einen sicheren Raum zu schaffen, in dem Fachkräfte schwierige Fälle sowie die mentalen und emotionalen Auswirkungen ihrer Arbeit besprechen können**. Niedrigschwellige Nachbesprechungen sind eine mögliche Technik, um diesen Prozess zu erleichtern (siehe Aktivität auf der nächsten Seite). Celebrate successes (even small ones) to appreciate everyone's contribution.

 **Reflexionspause: Üben Sie die Strategie der niedrigschwelligen Nachbesprechung mit einem Kollegen**

Schonende Nachbesprechung* ist eine unterstützende Technik, die Gespräche über schwierige Erlebnisse erleichtert und sicherstellt, dass die zuhörende Person sowohl einverstanden als auch auf das Gespräch vorbereitet ist. Diese Methode ist weniger intensiv als herkömmliche Nachbesprechungs-Techniken und besonders nützlich in stressreichen Berufen wie dem Gesundheitswesen, der Sozialarbeit oder dem Notfalldienst. Sie besteht aus vier Schritten:

- **SCHRITT 1: Erhöhte Selbstwahrnehmung** – Seien Sie sich bewusst, dass die tägliche Konfrontation mit schwierigen Geschichten zu einer Desensibilisierung führen kann. Dadurch wird leicht übersehen, welchen tiefgreifenden Einfluss bestimmte Erlebnisse auf Menschen haben können, die nicht in diesem Arbeitsbereich tätig sind. Für Außenstehende können diese Details sehr belastend sein. Gleichzeitig sind sie für den eigentlichen Zweck der Nachbesprechung oft nicht notwendig.
- **SCHRITT 2: Vorwarnung** – Bevor Sie explizite Details erwähnen, informieren Sie Ihr Gegenüber darüber, dass das, was Sie gleich erzählen werden, belastend oder schockierend sein könnte (also eine Art „Triggerwarnung“). So kann sich die Person mental darauf vorbereiten.
- **SCHRITT 3: Zustimmung** – (Eng verknüpft mit dem vorherigen Punkt) – Nachdem Sie eine Triggerwarnung gegeben haben, fragen Sie Ihr Gegenüber um Erlaubnis, die Geschichte zu erzählen. Dies gibt der Person die Möglichkeit, sich bewusst dagegen zu entscheiden, belastende Details zu hören.
- **SCHRITT 4: Begrenzte Offenlegung** – Versuchen Sie, Ihre Geschichte zunächst mit einer weniger detaillierten Zusammenfassung zu erzählen. Falls Sie dennoch das Bedürfnis haben, mehr ins Detail zu gehen, um vom Debriefing zu profitieren, können Sie dies unter Beachtung der Schritte 2 und 3 tun. Dies ermöglicht es Ihnen, abzuwägen, wie viele Details wirklich notwendig sind und wie viel Ihr Gegenüber verkraften kann.

Quelle: tendtoolkit.com

*Sie können auch [dieses nützliche Handout](#) durchsehen (ebenfalls im  [Repository](#), siehe 4.3 – Handout 1. „Low Impact Debriefing“).

Zusätzliche Maßnahmen seitens Ihres Arbeitgeber:in zur Minderung der Auswirkungen von Stress könnten unter anderem das **Rotieren von komplexen Fallaufträgen umfassen, um die schwerwiegenderen Fälle gleichmäßig auf das verfügbare Personal zu verteilen**. Zudem hilft es den Fachkräften und Ehrenamtlichen im Migrationsbereich, wenn ihnen ein gewisses Maß an Kontrolle und Flexibilität in Bezug auf ihren eigenen Arbeitsplan angeboten wird (z.B. flexible Arbeitszeiten, Möglichkeiten für Homeoffice usw.), da dies ihnen ermöglicht, eine **bessere Balance zwischen Berufs- und Privatleben zu finden**.

Organisationen können zudem auf struktureller Ebene ein unterstützendes Betriebsklima fördern. Beispielsweise können eine **realistische Personalgewinnung, regelmäßige interne Schulungen und weitere Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung** – insbesondere im Umgang mit Menschen, die schwierige Lebensereignisse überstanden haben – vorbeugend gegen Stress wirken. **Eine realistische Personalgewinnung kann helfen, eine hohe Fluktuation und arbeitsrechtliche Konflikte zu vermeiden** [4]. Dies bedeutet, die **Anforderungen der Stelle klar und transparent zu kommunizieren** und auch offen über die herausfordernden Aspekte der Arbeit zu sprechen.

Supervision und Unterstützungsteams für Mitarbeitende

Supervision in professionellen Bereichen (Gesundheitswesen, Bildung, soziale Dienste usw.) hat verschiedene Bedeutungen. In vielen Fällen wird Supervision als eine Managementfunktion betrachtet, die sich auf die Überwachung von Aufgaben, Ergebnissen und Leistungen konzentriert. Im Kontext der psychischen Gesundheit und psychosozialen Unterstützung jedoch verkörpert **Supervision in der Regel eine unterstützende und kollaborative Beziehung zwischen dem Vorgesetzten und den Mitarbeitenden**. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Schaffung eines sicheren Raums, der das berufliche Wachstum, die fachliche Kompetenz und das persönliche Wohlbefinden fördert. Diese Beziehung ermöglicht es den Fachkräften, **kritisch über ihre Arbeit nachzudenken, wodurch nicht nur die Qualität der erbrachten Dienstleistungen verbessert wird, sondern auch die psychologische Resilienz innerhalb der Teams gestärkt wird** [3,5].

Das zeitgenössische Modell der Supervision ist nicht-direktiv, wobei der Supervisor die bereits vorhandenen Ressourcen, Fähigkeiten, Stärken, Strategien und Wege des Fachkräften oder der

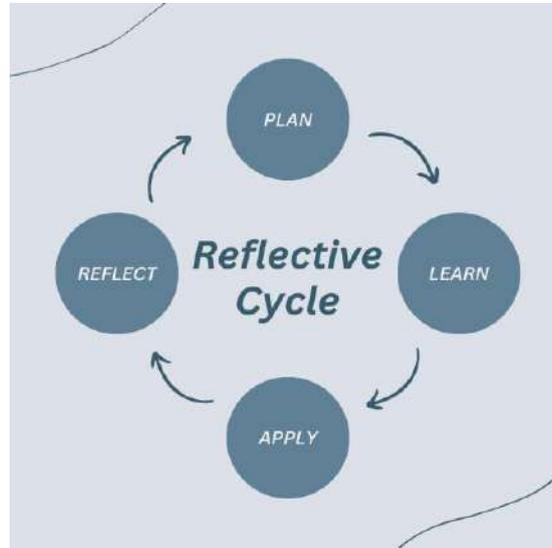
Ehrenamtlichen bestätigt, anstatt sie zu lenken [6]. Dies ähnelt der Beziehung, die Fachkräfte gegenüber den Menschen, mit denen sie arbeiten, aufbauen sollen: Eine Beziehung, die auf Respekt für ihre Autonomie und Komplexität basiert. Supervisionsteams versuchen, einen Teil dieser Komplexität durch strukturierte Werkzeuge wie das „Adversity Grid“ (siehe Module 1, Einheit 1.3 und  [Repository](#), 1.3 – Handout 1. “Adversity Grid in Detail” für mehr Details) wiederherzustellen. Solche Rahmenwerke können uns helfen, die komplexen Feinheiten unserer Arbeit zu navigieren und über die einschränkenden Dichotomien hinauszugehen, die in Einheit 4.1 besprochen wurden.

Die Unterstützungsteams für Mitarbeitenden werden von einem externen Anbieter für psychische Gesundheit organisiert und folgen einem ähnlichen Verlauf wie die Supervision, wobei der Fokus diesmal auf dem **persönlichen psychischen Wohlbefinden der Fachkräfte und Ehrenamtlichen im Migrationsbereich liegt**. Diese Unterstützungsteams können den Fachkräften helfen, falsche Dichotomien in ihren Denkmustern im Zusammenhang mit stellvertretendem Trauma herauszufordern und zu dekonstruieren. Sie bieten einen **kollaborativen, dialogischen Raum für echte Reflexion**, indem sie Fachkräften und Ehrenamtlichen helfen, die Komplexität ihrer Erfahrungen wertzuschätzen [6].

Reflexive Praxis ausüben

Eine weitere Schlüsselstrategie zur Verbesserung Ihrer Arbeitsbedingungen ist die **regelmäßige Teilnahme an reflexiver Praxis**. Obwohl reflexive Praxis hauptsächlich für Fachkräfte in verschiedenen Bereichen (Gesundheitswesen, Bildung, Sozialdienste usw.) konzipiert wurde, kann sie auch für Ehrenamtliche, die mit Migrant:innen und Geflüchteten arbeiten, von großem Nutzen sein. **Reflexive Praxis ist ein fortlaufender Prozess** [7] und sollte als Teil eines **Zyklus betrachtet werden, der auch weitere Phasen wie Planung, Lernen und die Anwendung von Einsichten aus dem, worüber Sie nachgedacht haben, umfasst** [8] (siehe Abbildung 4.3.1). Sie kann sowohl auf individueller Ebene (selbstreflexive Praxis) als auch auf Team- oder Organisationsebene stattfinden.

Abbildung 4.3.1. “Der Reflexionszyklus”



Hinweis: Die Grafik wurde vom EU-MiCare-Team basierend auf Informationen von Schön (1992) und Bassot (2013) entwickelt.

[Schön, D. (1992). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315237473>; and Bassot, B. (2013). *The Reflective Journal*. Basingstoke: Palgrave]

Reflexion zu üben bedeutet, **sich die Zeit zu nehmen, verborgene oder unbewusste Gedanken und Entscheidungsprozesse offen zu legen, um sie neu zu bewerten**. In der folgenden Übung finden Sie einige nützliche Leitfragen, um sich selbst darüber zu reflektieren, wie Sie mit Individuen und Gemeinschaften in Kontakt kommen, die Widrigkeiten, Verlust und Vertreibung überlebt haben.

 **Reflexionspause: Engagieren Sie sich in persönliche Reflexion**

Nehmen Sie sich etwas Zeit, um über Ihre Beziehung zu Ihrer Arbeit nachzudenken. Stellen Sie sich Fragen wie:

- Was motiviert mich, diese Art von Arbeit zu tun?
- Was sind meine Erwartungen?
- Was wird von mir erwartet?
- Wie reagiere ich auf die Herausforderungen der Arbeit?
- Welche Auswirkungen (positive, negative und/oder neutrale) hat sie auf mich?

Angepasst aus dem [Reflection Toolkit – University of Edinburgh](#)

© **Hauptpunkt:** *Einblicke in die reflektierende Praxis von Donald Schön*

Eine der bedeutendsten Konzeptualisierungen der reflektierenden Praxis stammt von dem Philosophen Donald Schön [7], der die Rolle der Reflexion im beruflichen Lernprozess betonte. Er unterschied zwei Arten der Reflexion:

1. **Reflexion-in-Handlung**, die sich auf das **unmittelbare Nachdenken bezieht, das während einer Tätigkeit oder Handlung stattfindet**. Reflexion-in-Handlung ermöglicht es, die Situation oder Aktivität, an der man gerade arbeitet, in Echtzeit umzugestalten. Schön schlägt vor, dass Fachkräfte durch „Reflexion-in-Handlung“ auf unerwartete Erfahrungen reagieren und „Experimente“ durchführen, die **sowohl zu einem neuen Verständnis der Erfahrung als auch zu einer Veränderung der Situation führen**. Im Kontext der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten ist diese Anpassungsfähigkeit entscheidend, um die vielfältigen und unmittelbaren Bedürfnisse der Menschen, denen wir dienen, zu adressieren.
2. **Reflexion-nach-Handlung**, bei der es darum geht, **nachträglich über eine Erfahrung, Situation oder ein Phänomen nachzudenken, nachdem es eingetreten ist**. Dieser Prozess beinhaltet **eine kritische Untersuchung dessen, was in dieser speziellen Situation passiert ist, warum man auf bestimmte Weise gehandelt hat, ob man anders hätte handeln können und so weiter**. Reflexion-nach-Handlung wird oft mit reflektierendem Schreiben in Verbindung gebracht, bei dem Fachkräfte über ihre Erfahrungen nachdenken und alternative Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Praxis erkunden [8]. Für diejenigen, die mit Migrant:innen und Geflüchteten arbeiten, kann Reflexion-nach-Handlung zu verbesserten Strategien führen, um andere zu unterstützen und ein besseres Verständnis für die Komplexität ihrer Erfahrungen zu entwickeln.

3. Von individueller zu team- und organisatorischer Resilienz

Wie im Modul 1 besprochen, wird Resilienz häufig als eine individuelle Eigenschaft verstanden: die Fähigkeit, Widerstand zu leisten, „zurückzukommen“ oder sich von Schwierigkeiten oder Rückschlägen zu erholen. Genauer gesagt wird sie als **die Fähigkeit definiert, das aus negativen Erfahrungen gewonnene Lernen zu nutzen, um sich an verschiedene kontextuelle und entwicklungsbezogene Umstände anzupassen** [9]. Allerdings sind auf den **Einzelnen fokussierte Strategien allein nicht ausreichend, um das**

Wohlbefinden des gesamten Teams zu unterstützen. Selbst das resilienteste Teammitglied kann mit herausfordernden Arbeitsbedingungen nicht dauerhaft umgehen.

 **Reflexionspause: Gruppens-/Teamreflexion durchführen**

Nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um über die folgenden Fragen nachzudenken und Ihre Antworten zu notieren:

- Was tue ich, um mich um mich selbst zu kümmern?
- Was tut mein Team (Kollegen, Organisation usw.), um sich gegenseitig zu unterstützen?
- Welche weiteren Möglichkeiten kann ich nutzen, um besser für mich selbst zu sorgen, damit ich auch für andere sorgen kann?

Quelle: [‘Psychosocial Dimensions of the Refugee Condition’ – Babel Day Centre](#)

Ein resilientes Team ist eines, dessen Mitglieder **ihre individuellen und kollektiven Ressourcen nutzen, um sich positiv anzupassen, das Wohlbefinden und die Leistung aufrechtzuerhalten und gemeinsame Ziele oder Zwecke zu erreichen.** Teamresilienz schützt die Mitglieder des Teams vor den potenziellen negativen Auswirkungen äußerer oder innerer Störfaktoren, die die Funktionsfähigkeit des Teams bedrohen können (z.B. dramatische Zunahme von Überweisungen, Veränderungen im Team oder der Organisationsstruktur, hohe Fluktuation oder unerwartete, hochwirksame Ereignisse). **Multi-level-systemische Interventionen auf organisatorischer Ebene** (siehe Abbildung 4.3.2) sind erforderlich, um sowohl die Entwicklung der persönlichen als auch der kollektiven Resilienz zu unterstützen [9].

Abbildung 4.3.2. „Elemente der organisatorischen Resilienz“



Die Entwicklung dieser Grafik bedeutet nicht die Zustimmung von SWORD.

4. Grenzen Setzen und Kommunizieren: Besonderheiten der ehrenamtlichen Arbeit

Während das Setzen von Grenzen wichtig ist, um die geistige Gesundheit und das Wohlbefinden in allen Lebensbereichen aufrechtzuerhalten, hat es eine besondere Bedeutung im Kontext der Arbeit mit Migrant:innen und Geflüchteten. **In Situationen, in denen menschliche Bedürfnisse – fast per Definition – die verfügbaren Unterstützungsressourcen übersteigen, stellt das Setzen von Grenzen sicher, dass die vorhandenen Ressourcen nicht weiter durch berufliche Erschöpfung erschöpft werden.**

Obwohl Ehrenamtliche in Bezug auf die Mitarbeitendenfürsorge genauso behandelt werden sollten wie bezahlte Fachkräfte, ist ihre Situation in mehreren Punkten anders. **Die Ehrenamtliche Natur ihres**

Engagements bedeutet, dass sie mehr Autonomie bei der Gestaltung des Umfangs und der Art ihres Beitrags haben (und möglicherweise ihr Engagement begrenzen oder sogar beenden können). Gleichzeitig fehlt **vielen Ehrenamtlichen eine formale Unterstützungsstruktur, und oft fühlen sie sich allein und isoliert, wenn es darum geht, ihre Beziehung zu den Migrant:innen und Geflüchteten, die sie unterstützen, zu managen.**

Der Kontakt zwischen Ehrenamtlichen und Migrant:innen – besonders wenn er über längere Zeit besteht – kann sich schnell **zu einer intensiven, persönlichen Beziehung** entwickeln, in der der Ehrenamtliche eine **große Verantwortung fühlt** und **kaum (Selbstfürsorge-) Grenzen** setzen kann. Ein Mangel an klaren Grenzen kann zu Stress, Zeitverschwendung, Konflikten sowie negativen Emotionen wie Groll und Wut führen. Das Setzen gesunder Grenzen kann dir helfen, dich daran zu erinnern, was am besten für dich ist, und eine solide Grundlage für Entscheidungen für dich selbst zu bieten [1].

→ [VIDEO: Grenzen setzen als Ehrenamtlicher \(Video auf Englisch\)](#) 

Das Setzen klarer Grenzen ist **entscheidend, um sowohl die Ehrenamtlichen als auch die Menschen, die sie unterstützen, zu schützen.** Durch die Festlegung akzeptabler Verhaltensweisen können Ehrenamtliche Vertrauen darin gewinnen, wie sie in verschiedenen Situationen handeln sollen, was hohe Standards und Konsistenz bei verschiedenen Personen fördert. **Diese Klarheit hilft, Erwartungen zu managen und Missverständnisse zu vermeiden,** die andernfalls zu Verwirrung und Konflikten führen könnten. Darüber hinaus **ermöglicht es allen Beteiligten, ihre Privatsphäre zu wahren und Selbstfürsorge zu priorisieren,** was letztlich gesunde und nachhaltige Beziehungen auf lange Sicht sicherstellt. Das Setzen dieser Grenzen kommt nicht nur den direkt Beteiligten zugute, sondern trägt auch zu einer effektiveren und harmonischeren Unterstützungsumgebung bei [10].

Es ist grundsätzlich vorzuziehen, dass Ehrenamtliche innerhalb eines strukturierten Dienstleistungsrahmens arbeiten, anstatt auf völlig privater Basis. In einem strukturierten Kontext sollten Ehrenamtliche in die Lage versetzt werden, „ihren Platz“ zu finden. **Erwartungen, Pflichten, Aufgaben und Berichtslinien sollten klar definiert und kommuniziert werden.**

© **Hauptpunkt:** *Wichtige Tipps für das Setzen von Grenzen*

- Werden Sie sich Ihrer Grenzen durch reflektierende Praxis bewusst.
- Kommunizieren Sie Ihre Grenzen klar mit „Ich“-Aussagen und vermeiden Sie es, lange Erklärungen oder Gründe anzuführen. Es reicht aus zu sagen: „Ich kann an Wochenenden nicht arbeiten, aber ich bin an Wochentagen zwischen 10 und 13 Uhr verfügbar“ oder „Ich kann keine Unterstützung bei Themen im Zusammenhang mit sexuellen Übergriffen anbieten, aber ich kann bei administrativen Prozessen und dem Ausfüllen von Formularen helfen.“
- Reagieren Sie sofort, wenn Ihre Grenzen missachtet oder überschritten werden, warten Sie nicht, bis Sie Groll hegen, und beschweren Sie sich nicht bei anderen, die nicht beteiligt sind („Ich habe gesehen, dass ich für Samstagmorgen eingeplant bin. Bitte ändern Sie das, da ich an Wochenenden nicht verfügbar bin.“).
- Überlegen Sie, wie Sie reagieren, wenn andere ihre Grenzen kommunizieren. Auch wenn Sie sich zunächst angegriffen oder beschuldigt fühlen, verbessert das Verständnis für deren Grenzen oft die Beziehung und fördert engere Verbindungen.
- Wenn Sie es nicht gewohnt sind, Ihre Grenzen zu behaupten, können Sie sich zunächst unwohl oder ängstlich fühlen. Viele Menschen berichten jedoch, dass sie sich nach dem erfolgreichen Setzen und Aufrechterhalten ihrer Grenzen erleichtert fühlen!

→ **VIDEO:** [Grenzen setzen mit Klient:innen: Rollenspiel, Demo, Grundlgen \(Video auf Englisch\)](#)



Da die Rollen von Ehrenamtlichen oft individualisiert, vielfältig und weniger klar definiert sind, befinden sich Ehrenamtliche häufig in Situationen, in denen sie ihre eigenen Grenzen und Beschränkungen sowohl den Nutzern von Dienstleistungen als auch anderen Praktikern oder Kollegen klar und wiederholt kommunizieren müssen [10]. Fähigkeiten im Setzen von Grenzen sind daher besonders wichtig, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Ehrenamtlichen zu schützen und sie langfristig in der Organisation zu halten.

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] GIZ, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH. (2020). *Handbook for staff care and self-care for the Ministry of Health*. Retrieved May 12, 2024, from <https://www.giz.de/de/downloads/Handbook%20Self%20Care%20and%20Staff%20Care%20English%202020.pdf>
- [2] Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften (IHSAG). (2016). *Positionspapier: Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften. Professionelle Standards und sozialpolitische Basis*. Berlin. Retrieved May 13, 2024, from <http://www.fluechtlingssozialarbeit.de/>
- [3] Chadwick Trauma-Informed Systems Dissemination and Implementation Project. (2016). *Secondary traumatic stress in child welfare practice: Trauma-informed guidelines for organizations*. San Diego, CA: Chadwick Center for Children and Families. Retrieved May 9, 2024, from <http://www.chadwickcenter.com/wp-content/uploads/2017/08/stsinchildwelfarepractice-trauma-informedguidelinesfororganizations.pdf>
- [4] Dickinson, N. S. (2012). Withstanding secondary traumatic stress: The role of realistic recruitment. In *CW360: A comprehensive look at a prevalent child welfare issue*. Spring 2012. Retrieved May 9, 2024, from https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/os_sts_child_welfare_article_review.pdf
- [5] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support (IFRC PS Centre). (2019). *Supervision for the delivery of mental health psychosocial support in emergency humanitarian settings*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Retrieved September 4, 2024, from <https://pscentre.org/resource/a-desk-review-report/#:~:text=Supervision%20is%20an%20essential%20component,and%20For%20inadequate%20MHPSS%20supervision>
- [6] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athens: Babel Day Centre (Syneimos NGO of Social Solidarity) and Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex).
- [7] Schön, D. (1992). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315237473>
- [8] Bassot, B. (2013). *The reflective journal*. Basingstoke: Palgrave.
- [9] Grant, L., & Kinman, G. (2020). *The Social Work Organisational Resilience Diagnostic (SWORD) tool and workbook*. Manual. Research in Practice, Devon, UK. Retrieved July 18, 2024 from <https://sword.researchinpractice.org.uk/media/xobpd3eq/sword-tool-workbook-2nd-edition-2021.pdf>
- [10] Sponsor Refugees. (n.d.). *Defining boundaries: A guide for community sponsorship groups*. Citizens UK Foundation for Community Sponsorship of Refugees. Retrieved July 31, 2024, from https://citizensuk.contentfiles.net/media/documents/Managing_Boundaries_Workbook.pdf



Von der Europäischen Union finanziert.

Die geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen jedoch ausschließlich denen des Autors bzw. der Autoren und spiegeln nicht zwingend die der Europäischen Union oder der Europäischen Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) wider. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden.



Diese Arbeit ist lizenziert unter einer

[Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)(CC-BY-NC 4.0).

Repository

Module 4. Self-Care and Staff Wellbeing

The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

Unit: 4.1 Effects Among Professionals and Volunteers Working in the Context of Migration

Handout 1. “The Stress Bucket”

The Stress Bucket is a visual tool that illustrates how various stressors (represented as rain clouds) accumulate in an individual's bucket. If these stressors aren't managed through healthy coping mechanisms (depicted as taps at the bottom of the bucket), the bucket can overflow, leading to emotional distress.

The Stress Bucket
Everyone experiences stress throughout their lives. Some stress can help us focus and drive us to achieve, whilst too much can cause us to feel overwhelmed. If prolonged, stress can also lead to physical or mental health issues.

What is the Stress Bucket?
The Stress Bucket is a useful tool to help us understand and manage stress (Bradburn & Turkington, 2002).
Mental Health UK

Examples of rain clouds that cause stress

- Ill health
- Poor sleep
- Money worries
- Workload
- Relationship issues
- Family conflict
- Housing concerns
- Future uncertainty
- News anxiety
- Exam pressure
- Life events, such as bereavement.

Examples of unhealthy coping strategies

- Avoidance, isolation, and withdrawal
- Using alcohol or drugs to numb emotions
- Over-analysing issues or over-focusing
- Over-working, over-spending.

Often, we underestimate how well we cope and the skills we've developed to maintain the levels in our bucket.

By using this tool to reflect on your coping strategies you may highlight an area you could address or understand further.

Complete your own stress bucket on the next page, using this page as a guide.

You may have new stressors, as well as other coping strategies learned so repeating this exercise can be helpful to learn more about yourself.

Examples of healthy ways to open the tap and reduce stress

- Take time out
- Connect with nature
- Talk to family or friends
- Learn new techniques, e.g. time management
- Use a helpful tool, e.g., journaling
- Practice mindfulness or meditation
- Be physically active
- Find a hobby.

At times, you might engage in unhealthy coping strategies which provide short-term relief from stress. These strategies may briefly reduce the water but it can flow back in again. Being aware of these unhealthy coping strategies will help you understand how to avoid them and find other ways to cope.

Diagram Description: A bucket is shown with three levels: 'overwhelmed' (top), 'becoming stressed' (middle), and 'coping well' (bottom). Rain clouds labeled 'stressors' (work issues, sleep problems, money worries, housing, family stress, health concerns) are pouring water into the bucket. On the left, a tap labeled 'healthy coping' (breathing, hobbies, nature walk, talking, exercise) is open, allowing water to flow out. On the right, a tap labeled 'unhealthy coping' (isolating, self-harm, avoidance, stress eating, alcohol or drugs) is closed, preventing water from flowing out.

Note: Sourced from [Mental Health UK](https://www.mentalhealthuk.org/). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title 4_4.1 – Handout 1. “The Stress Bucket”.

Handout 2: “The ABC of Addressing Vicarious Trauma”

The ABC of Addressing Vicarious Trauma handout provides a practical framework for professionals and volunteers to recognize and mitigate the effects of vicarious trauma. It emphasizes three key strategies:

- (i) Awareness of personal trauma histories,
- (ii) Balance through self-care practices, and
- (iii) Connection through supportive relationships.



Handout 6: ABCs of Addressing Compassion Fatigue

Directions. This activity has two parts. In the [Part 1](#) you will engage in a self-assessment to determine how well you engage in the ABCs (Awareness, Balance, and Connection) of mitigating compassion fatigue. In the [second part](#), you will identify one strategy focused to help you build awareness, balance and connection.

This document was adapted from Saakvitne, K. & Pearlman, L. (1996). *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization for Helping Professionals who Work with Traumatized Clients*. New York, New York: W.W. Norton and Company. Retrieved from (<https://4.files.edl.io/0d8f/06/25/18/182950-e99322a0-a293-4bab-9821-c2522b697049.pdf>)

Part 1.

Take the Self-Assessment. Determine whether or not you engage in the following approaches for Awareness, Balance and Connection

Note: Sourced from [Minnesota Department of Education](#). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.1 – Handout 2. “The ABC of Addressing Vicarious Trauma”**.

Unit: 4.2 Self-Care

Handout 1. “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5”

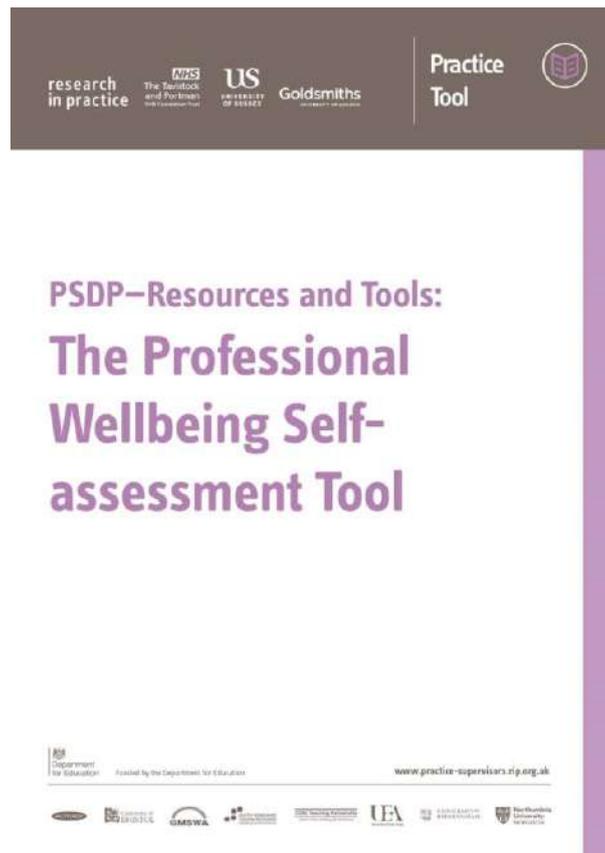
The Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5 is a comprehensive tool designed to measure the positive and negative emotional effects of working in helping professions, particularly those who support individuals affected by trauma. It consists of 30 items that assess three key components: Compassion Satisfaction, which refers to the pleasure and fulfillment derived from helping others; Burnout, which measures feelings of emotional exhaustion and the depletion of personal resources; and Secondary Traumatic Stress (STS), which reflects the emotional toll caused by exposure to others’ trauma. The ProQOL is widely used by professionals in fields like counseling, healthcare, social work, and emergency response to assess their well-being and guide interventions to prevent or mitigate negative effects of their work.

PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (PROQOL)					
COMPASSION SATISFACTION AND COMPASSION FATIGUE (PROQOL) VERSION 5 (2009)					
When you [help] people you have direct contact with their lives. As you may have found, your compassion for those you [help] can affect you in positive and negative ways. Below are some questions about your experiences, both positive and negative, as a [helper]. Consider each of the following questions about you and your current work situation. Select the number that honestly reflects how frequently you experienced these things in the <i>last 30 days</i> .					
1=Never	2=Rarely	3=Sometimes	4=Often	5=Very Often	
_____					1. I am happy.
_____					2. I am preoccupied with more than one person I [help].
_____					3. I get satisfaction from being able to [help] people.
_____					4. I feel connected to others.
_____					5. I jump or am startled by unexpected sounds.
_____					6. I feel invigorated after working with those I [help].
_____					7. I find it difficult to separate my personal life from my life as a [helper].
_____					8. I am not as productive at work because I am losing sleep over traumatic experiences of a person I [help].
_____					9. I think that I might have been affected by the traumatic stress of those I [help].
_____					10. I feel trapped by my job as a [helper].
_____					11. Because of my [helping], I have felt "on edge" about various things.
_____					12. I like my work as a [helper].
_____					13. I feel depressed because of the traumatic experiences of the people I [help].
_____					14. I feel as though I am experiencing the trauma of someone I have [helped].
_____					15. I have beliefs that sustain me.
_____					16. I am pleased with how I am able to keep up with [helping] techniques and protocols.
_____					17. I am the person I always wanted to be.
_____					18. My work makes me feel satisfied.
_____					19. I feel worn out because of my work as a [helper].
_____					20. I have happy thoughts and feelings about those I [help] and how I could help them.
_____					21. I feel overwhelmed because my case [work] load seems endless.
_____					22. I believe I can make a difference through my work.
_____					23. I avoid certain activities or situations because they remind me of frightening experiences of the people I [help].
_____					24. I am proud of what I can do to [help].
_____					25. As a result of my [helping], I have intrusive, frightening thoughts.
_____					26. I feel "bogged down" by the system.
_____					27. I have thoughts that I am a "success" as a [helper].
_____					28. I can't recall important parts of my work with trauma victims.
_____					29. I am a very caring person.
_____					30. I am happy that I chose to do this work.

Note: The Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5 is provided by B. Hudnall Stamm (2009-2012) and is available at ProQOL.org. The full handout and instructions for scoring are available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.2 – Handout 1. “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5”**.

Handout 2. “The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool”

The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool is a reflective resource designed to help professionals evaluate their own wellbeing across seven key dimensions: Perspective, Self-management, Professional Development, Supports, Workload, Balance, and Values. Developed by Vicki Hirst and Rosemary Nash, experienced professional supervisors from Aotearoa New Zealand, the tool aims to identify areas of strength and those requiring attention to promote resilience and prevent burnout. It begins with a 35-question self-assessment, where individuals rate their satisfaction in each area on a scale from 1 to 5. The results are then plotted to create a visual ‘professional wellbeing map’, facilitating a comprehensive overview of one’s current state. This map serves as a foundation for further reflection through guided questions, ultimately leading to the development of a personalized wellbeing plan with actionable goals and review timelines. The tool is particularly beneficial when used in supervision contexts, encouraging ongoing dialogue and support between supervisees and supervisors.



Note: Sourced from the [Practice Supervisor Development Programme \(PSDP\)](#), funded by the Department for Education (UK). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.2 – Handout 2. “The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool”**.

Handout 3. “Additional Tools and Resources for Self-Care”

Two self-tests based on the work of German psychologist, psychotherapist, and author, Gert Kaluza

The first self-test in this section allows you to check your current stress level by giving yourself a score on a range of physical, emotional, mental, and behavioral warning signals.

The second checklist shows you how many stress-reinforcing thoughts you have regularly. This test allows you to rate your responses on scales that indicate self-beliefs or internal messages that reinforce stress. You can then address these individually to reduce their stress-reinforcing effects.

- ◆ First self-test: How stressed are you? Write your scores in the right hand column.

Stress Warning Signals	Strong	Light	Little/Few	Your Score
Physical Warning Signals				
Heart palpitations / stabbing pains	2	1	0	
Constricted feeling in the chest	2	1	0	
Breathing problems	2	1	0	
Trouble falling asleep	2	1	0	
Trouble sleeping through the night	2	1	0	
Chronic tiredness	2	1	0	
Digestive problems	2	1	0	
Stomach ache	2	1	0	
Loss of appetite	2	1	0	
Sexual dysfunction	2	1	0	
Muscular tension	2	1	0	
Headache	2	1	0	
Backache	2	1	0	
Cold hands / feet	2	1	0	
Sweating profusely	2	1	0	
Emotional Warning Signals				
Nervousness, internal restlessness	2	1	0	
Irritability, feeling annoyed	2	1	0	
Anxiety, fear of failure	2	1	0	
Discontent	2	1	0	
Emotional imbalance	2	1	0	
Internal emptiness (‘burnt out’ feeling)	2	1	0	
Mental Warning Signals				
Repetitive thoughts	2	1	0	

Lack of concentration	2	1	0	
Empty mind ('vaguing out')	2	1	0	
Daydreams	2	1	0	
Nightmares	2	1	0	
Reduced performance / frequent mistakes	2	1	0	
Behavioral Warning Signals				
Aggressive behavior	2	1	0	
Drumming fingers, shuffling feet	2	1	0	
Clenched teeth / teeth grinding	2	1	0	
Rapid speech / stutter	2	1	0	
Interrupting others, not listening	2	1	0	
Irregular meals	2	1	0	
Consuming alcohol / prescription drugs	2	1	0	
Letting private social relationships slip	2	1	0	
Smoking more than wanted	2	1	0	
Less exercise than wanted	2	1	0	
Add all points to determine your total score:				

Evaluation: How stressed are you?

0-10 points

You can be pleased. You have good resilience, you are ready to fight off stress.

11-20 points

You have already entered the downward spiral of stress. Familiarise yourself with relaxation, self-management, and time management.

21 points and more

Take yourself and your body seriously! Your body is putting a gun to your head. Make sure you're achieving balance, relaxation, and are taking more breaks. Otherwise you are at risk of your stress symptoms becoming chronic!

Note down your own reflections on the test:

.....

.....

.....

.....

.....

◆ Second self-test: Checklist of Stress-Reinforcing Thoughts

	How familiar are the following thoughts to you?	Very	Somewhat	Not at all
1.	I prefer doing everything myself.	2	1	0
2.	I won't last the distance.	2	1	0
3.	It's awful if something doesn't go according to plan.	2	1	0
4.	I will fail.	2	1	0
5.	I will never make it.	2	1	0
6.	It's not acceptable if I can't manage to complete a task or don't keep an appointment.	2	1	0
7.	I just can't stand this pressure (or fear, or pain etc.).	2	1	0
8.	I always have to be available for my work.	2	1	0
9.	Problems and difficulties are just terrible.	2	1	0
10.	It's important that I keep everything under control.	2	1	0
11.	I don't want to disappoint the others.	2	1	0
12.	There's nothing worse than making mistakes.	2	1	0
13.	I must be 100% reliable.	2	1	0
14.	It's terrible when others are angry with me.	2	1	0
15.	Strong people don't need help.	2	1	0
16.	I want to get on with well with everyone.			
17.	It's awful when others criticise me.	2	1	0
18.	If I relied on others, I'd be lost.	2	1	0
19.	It's important that everyone likes me.	2	1	0
20.	When I have to make a decision, I must be 100% sure about it.	2	1	0
21.	I'm constantly thinking about what might go wrong.	2	1	0
22.	Without me, it's impossible.	2	1	0
23.	I have to get everything right all the time.			
24.	Having to rely on others is terrible.	2	1	0
25.	It's absolutely terrifying if I don't know what's coming.	2	1	0

Evaluation: Your stress-reinforcing profile

	Instructions	Value
1.	Add your points for thoughts 6, 8, 12, 13, and 23	Value 1:
2.	Add your points for thoughts 11, 14, 17, 17, and 19	Value 2:
3.	Add your points for thoughts 1, 15, 18, 22, and 24	Value 3:
4.	Add your points for thoughts 3, 10, 20, 21, and 25	Value 4:
5.	Add your points for thoughts 2, 4, 5, 7, and 9	Value 5:

Now transfer these values into a bar graph like this:

Statement												Value
I can't!												(insert value 1, example: 5)
Be careful!												(insert value 2)
Be strong!												(insert value 3)
Be popular!												(insert value 4)
Be perfect!												(insert value 5)
Score	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

You can see that unrealistic expectations and perfectionist thought pattern on the one hand, and irrational fears on the other, play an important role in reinforcing external stressors.

The first step towards coping with daily stressors better and avoiding these self-reinforcing patterns is to try and determine exactly which situations you experience as stressful and to then observe what happens to you in these situations. During the coming days, try to observe yourself at times of stress.

Note down your own reflections on the test:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Unit: 4.3 Staff Care

Handout 1. “Low Impact Debriefing”

The Low Impact Debriefing handout outlines a trauma-informed approach to sharing and processing distressing experiences in professional settings. It introduces a four-step strategy (Self-Awareness, Fair Warning, Consent, and Limited Disclosure) designed to minimize secondary trauma exposure, prevent “sliming”, and promote respectful communication among colleagues.

tend.
Low Impact Debriefing
 * AKA Low Impact Processing or Low Impact Disclosure *

1 How do you debrief when you have seen or heard disturbing things?
 2 Do your colleagues share all the gory details with you over lunch?
 3 Have you ever attended a training that felt more traumatizing than informative?

What is it?
 Low Impact Debriefing (LID) is a trauma-informed technique for sharing and processing the difficult stories and images that we encounter in our work.

Contagion
 Helping professionals can unwittingly spread secondary trauma among their colleagues, family, and friends. Some helpers believe that sharing the “gory details” is a normal part of their work. And others may be so desensitized to trauma work that they forget that ordinary citizens may be horrified or shocked by our stories. These reactions are normal and common. An important part of LID is to stop the contagion effect. We can do this by removing unnecessary details of traumatic events. This reduces the cumulative exposure to traumatic information while ensuring that we can safely reach out to others.

What is “Sliming”?
 After a hard day, it is normal to want to talk to someone to help alleviate the burden of what you have experienced. However, if not done properly, this can leave the person on the receiving end feeling as though they now carry the weight of this - traumatic information too. The term “sliming” describes the feeling of receiving or witnessing unnecessary traumatic content without warning or permission. Sliming can be contagious.

Two Types of Debriefing

1 THE FORMAL DEBRIEF
 The formal debrief happens in a structured, scheduled way. Peer consultation, supervision, and Critical Incident Stress Debriefing (CISD) are types of formal debriefs. Research has shown that mandatory debriefing done in large groups may increase levels of psychological distress for some participants*. Psychological First Aid and other approaches can be used to help build communities of practice for safe, formal debriefing.

2 THE INFORMAL DEBRIEF
 The informal debrief happens in a casual, ad hoc way. Spontaneous conversations that happen in a colleague’s office or during the drive home are types of informal debriefs. Helpers who have been exposed to traumatic events need to debrief right away and cannot wait for a scheduled supervision meeting. Informal debriefs can be harmful when the listener feels as though they have been “slimed”, rather than participating in a safe debriefing process. LID outlines four steps you can use to protect your colleagues, friends, family, and yourself.

* Blass, E.C., Blass, J., Charney, R., & Weisaly, E. (2002). Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Database of Systematic Reviews*. 2. <https://doi.org/10.1002/14651958.02000546>

tend. www.tendtookit.com | © TEND ACADEMY LTD 2023

Note: Sourced from [TEND Academy](https://www.tendtookit.com). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.3 – Handout 1. “Low Impact Debriefing”**.



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Glossary

acculturation

Term first introduced in: **Module 1 pg. 48**

The dual process of cultural and psychological change that takes place as a result of contact between two or more cultural groups and their individual members. At the group level, it involves changes in social structures and institutions and in cultural practices. At the individual level, it involves changes in a person's behavioral repertoire.

Source: Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>

The processes by which groups or individuals adjust the social and cultural values, ideas, beliefs, and behavioral patterns of their culture of origin to those of a different culture. **Psychological acculturation** is an individual's attitudinal and behavioral adjustment to another culture, which typically varies with regard to degree and type.

Source: American Psychological Association. (n.d.). Acculturation. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/acculturation>

acculturative stress

Term first introduced in: **Module 1 pg. 42**

The psychological impact of adapting to a new cultural environment. It encompasses the challenges and pressures that individuals face during the process of acculturation, which can lead to significant stress and affect their mental health and well-being.

Source: Sluzki, C. E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Eds.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (pp. 108-123). Psychiatrie Verlag.; Machleidt, M. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen* (1st ed.). W. Kohlhammer GmbH.

See definition of “stress” in this glossary.

adversity-activated development (AAD)

Term first introduced in: **Module 1 pg. 32**

The newly developed positive characteristics, skills, and habits that arise after enduring highly challenging or adverse life circumstances.

Source: Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>

biopsychosocial model

Term first introduced in: **Module 1 pg. 54**

An approach to understanding mental and physical health through a multi-systems lens, taking into consideration the influence of biology, psychology, and the social environment. A biopsychosocial approach to healthcare acknowledges that these systems overlap and interact to impact each individual's

well-being and risk for illness, and that understanding these systems can lead to more effective treatment. It also recognizes the importance of patient self-awareness, relationships with providers in the healthcare system, and individual life context. Dr. George Engel and Dr. John Romano developed this model in the 1970s, but the concept has existed in medicine for centuries.

Source: Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

children

Term first introduced in: **Module 3 pg. 51**

Every human being below the age of 18 years, unless under the law applicable to the child, majority is attained earlier.

Source: UNHCR (2024). *Refugee children and youth*. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/age-gender-diversity/refugee-children-and-youth>

coping skills (or coping strategies)

Term first introduced in: **Module 4 pg. 6**

An action, a series of actions, or a thought process used in meeting a stressful or unpleasant situation or in modifying one's reaction to such a situation. Coping strategies typically involve a conscious and direct approach to problems, in contrast to defense mechanisms.

Source: American Psychological Association. (n.d.). Coping strategy. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/coping-strategy>

crisis

Term first introduced in: **Module 2 pg. 48**

An unstable condition involving an impending abrupt or significant change that requires urgent attention and action to protect life, assets, property or the environment.

Source: World Health Organization. (2020, April 9). *Glossary of health emergency and disaster risk management terminology*. <https://www.who.int/publications/i/item/glossary-of-health-emergency-and-disaster-risk-management-terminology>

cultural awareness

Term first introduced in: **Module 3 pg. 16**

The ability to recognize, understand, and respect the differences and similarities between cultures. It involves considering cultural factors, such as values, beliefs, customs, and behaviors, to improve communication and build meaningful relationships across diverse cultural groups. This awareness is essential in fostering inclusive practices, especially in healthcare settings, where it can enhance service delivery and patient care.

Source: Gilbert, J., Goode, T. D., & Dunne, C. (2007). Cultural awareness. *National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development*.

cultural competence

Term first introduced in: **Module 3 pg. 16**

The ability to collaborate effectively with individuals from different cultures in personal and professional settings. This usually involves a recognition of the diversity both between and within cultures, a capacity for cultural self-assessment, and a willingness to adapt personal behaviors and practices. Cultural competence, also known as intercultural competence, has become a central concept in business, education, health care, government, and many other areas.

Source: American Psychological Association. (n.d.). Cultural competence. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/cultural-competence>

cultural concepts of distress

Term first introduced in: **Module 2 pg. 11**

The ways in which different cultural groups experience, understand, and communicate suffering, behavioral problems, or troubling thoughts and emotions.

Source: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

cultural curiosity

Term first introduced in: **Module 3 pg. 21**

The genuine desire to explore, learn, and appreciate the customs, traditions, languages, and perspectives of cultures different from our own. It involves recognizing the beauty in our differences and finding common ground amid the rich tapestry of humanity.

Source: Culture Encounters. (n.d.). *Cultivating cultural curiosity*. Retrieved April 13, 2025, from <https://cultureencounters.org/cultivating-cultural-curiosity>

cultural essentialism

Term first introduced in: **Module 2 pg. 18**

The belief that individuals within a particular cultural or social group share a set of inherent and unchanging traits. This perspective views cultural traits as fixed and natural, attributing specific qualities to all members of a group based on their shared heritage or background. It simplifies identities by attributing fixed characteristics to all members of a group, often overlooking diversity within that group.

Source: adapted from Haslam, N., Bastian, B., & Kuppens, P. (2006). The social psychology of essentialism. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1002_1

cultural formulation interview (CFI)

Term first introduced in: **Module 2 pg. 12**

Instrument developed in the DSM-5 to help clinicians understand a patient's cultural context, including how cultural factors influence their health beliefs, behaviors, and treatment expectations. It involves 16 open-ended questions across four domains, guiding clinicians to gather culturally relevant information that can enhance diagnosis and treatment planning.

Source: Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., Kirmayer, L. J., & López, S. R. (2016). *DSM-5 handbook on the cultural formulation interview*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

cultural integration

Term first introduced in: **Module 1 pg. 40**

See definition of “*integration*” in this glossary.

cultural mediator

Term first introduced in:

Module 3 pg. 29 (version for interpreters and cultural mediators)

Module 3 pg. 28 (version for other profiles)

A professional who facilitates communication (including interpretation) between people speaking different languages and coming from different cultural backgrounds.

Note:

1. Cultural mediators provide information on different sets of value, orientations to life, beliefs, assumptions, and socio-cultural conventions by clarifying culture-specific expressions and concepts that might give rise to misunderstanding.
2. The terms cultural mediator and intercultural mediator are used differently in EU Member States and different standards apply.
3. Cultural mediator should not be confused with the term **interpreter**, as intercultural mediation is a much wider and a more enriched means of communicating messages from sender to receiver than interpreting. For more information, see also the entry of interpreter.

Source: European Commission. (n.d.). *Cultural mediator*. European Migration Network Glossary. Retrieved April 11, 2025, from https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/cultural-mediator_en

culture

Term first introduced in: **Module 1 pg. 7**

Values, beliefs, language, rituals, traditions, and other behaviors that are passed from one generation to another within any social group. Broad definitions include any socially definable group with its own set of values, behaviors, and beliefs. Accordingly, cultural groups could include groups based on shared identities such as ethnicity (e.g., German American, Blackfoot, Algerian American), gender (e.g., women, men, transgender, gender-nonconforming), sexual orientation (e.g., gay, lesbian, bisexual), and socioeconomic class (e.g., poor, working class, middle class, wealthy).

Source: American Psychological Association. (n.d.). Culture. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/culture>

System of shared beliefs, symbols, behaviors, values, and customs that members of a society use to make sense of their world and interact with each other. These elements are passed down through generations, helping to create a distinct and cohesive community identity. People from a common culture often feel a sense of belongingness with each other while also feeling different from other groups.

Source: International Organization for Migration. (2022). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (2nd ed.). IOM. <https://doi.org/10.18356/9789210562954>

diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) Term first introduced in: **Module 1 pg. 54**

A comprehensive guide (5th edition) published by the American Psychiatric Association that provides standardized criteria for diagnosing mental disorders, including descriptions, symptoms, and diagnostic features. It is used by clinicians and researchers to ensure consistent and accurate diagnoses across various mental health conditions.

Source: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

displaced minor(s) Term first introduced in: **Module 3 pg. 50**

A child or adolescent who has been forced to leave their home due to conflict, disaster, or crisis. They may be unaccompanied or separated from their family, facing significant vulnerability and hardship.

See “*unaccompanied and separated children*”, “*displacement*” and “*children*” in this glossary.

Source: International Organization for Migration. (n.d.). *Key Migration Terms*. International Organization for Migration. Retrieved April 13, 2025, from <https://www.iom.int/key-migration-terms>

displacement Term first introduced in: **Module 1 pg. 13**

The movement of persons who have been forced or obliged to flee or to leave their homes or places of habitual residence, in particular as a result of or in order to avoid the effects of armed conflict, situations of generalized violence, violations of human rights or natural or human-made disasters.

Source: International Organization for Migration. (n.d.). *Key migration terms*. International Organization for Migration. Retrieved April 11, 2025, from <https://www.iom.int/key-migration-terms>

ecological systems theory (EST) / socio-ecological model (SEM) Term first introduced in: **Module 1 pg. 26**

A theoretical framework developed by Urie Bronfenbrenner in 1979, emphasizing that human development is influenced by various environmental systems surrounding an individual. These systems range from immediate, direct settings like family and school (microsystem) to broader societal and cultural contexts (macrosystem). The **Socio-Ecological Model (SEM)** builds upon this framework by exploring how individuals interact with dynamic social systems throughout their lives, highlighting the reciprocal relationship between personal and environmental factors. At its core, it suggests that individual behavior is shaped by a complex network of influences – spanning intrapersonal, interpersonal, institutional, community, and public policy factors.

Source: Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>

empathic communication coding system (ECCS) Term first introduced in: **Module 3 pg. 5**

A validated instrument developed by Carma Bylund and Gregory Makoul in 2002 to assess empathic communication in professional-client encounters. It identifies and categorizes client statements that

express emotions, progress, or challenges, and evaluates clinicians' responses to these empathic opportunities.

Source: Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician–patient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 207-216. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00173-8)

empathy

Term first introduced in: **Module 3 pg. 4**

Understanding a person from their frame of reference rather than one's own, or vicariously experiencing that person's feelings, perceptions, and thoughts. Empathy does not, of itself, entail motivation to be of assistance, although it may turn into **sympathy** or personal distress, which may result in action. In psychotherapy, therapist empathy for the client can be a path to comprehension of the client's cognitions, affects, motivations, or behaviors.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Empathy. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/empathy>

explanatory model (EM)

Term first introduced in: **Module 2 pg. 12**

In the explanatory model, clinicians ask the patient the questions **-What, Why, How, and Who** to address cultural differences and consider how a person with a different cultural background understands and feels mental health challenges while maintaining a common purpose: therapy.

Source: Kirmayer, L.J. and Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: social context and explanatory models. In I.M. Salloum and J.E. Mezzich (Eds.), *Psychiatric diagnosis: Patterns and Prospects* (pp.29-37). New York: John Wiley & Sons.; Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.

functional adaptation

Term first introduced in: **Module 1 pg. 40**

The process through which individuals adjust to and manage the challenges posed by their new environment, particularly regarding psychological and social functioning. This adaptation includes learning how to navigate the host society's social norms, laws, and cultural practices, while maintaining the ability to cope with the stressors of migration.

Source: Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 108-123). Berlin: Psychiatrie Verlag.

health

Term first introduced in: **Module 1 pg. 21**

A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Source: World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization* (adopted 22 July 1946, entered into force 7 April 1948), 14 UNTS 185, Preamble.

IASC MHPSS Intervention Pyramid

Term first introduced in: **Module 3 pg. 45**

A framework developed in 2007 by the Inter-Agency Standing Committee (IASC), a UN-established body for coordinating humanitarian response. It guides the provision of mental health and psychosocial support (MHPSS) in emergency settings through a tiered system of care. The pyramid consists of four levels of intervention: (1) basic services and security, (2) community and family supports, (3) focused, non-specialized supports, and (4) specialized services, including psychiatric care. It emphasizes starting with broad, population-level strategies and progressing to targeted, individual support for those with more severe mental health needs.

Source: Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Retrieved from <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>

idioms of distress

Term first introduced in: **Module 2 pg. 13**

Specific expressions of psychological distress, which may not refer to specific symptoms or syndromes, but rather reflect a collective and shared understanding of personal distress.

Source: Von Lersner., U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe Verlag.

interdisciplinary collaboration

Term first introduced in: **Module 3 pg. 43**

The cooperation of professionals from different disciplines to achieve common objectives, often in complex contexts like healthcare, humanitarian work, or research. This approach ensures the integration of diverse expertise, which enhances problem-solving, decision-making, and overall effectiveness in meeting the needs of individuals or communities.

Interdisciplinary approach is defined by the APA as a manner of dealing with psychological, medical, or other scientific questions in which individuals from different disciplines or professions collaborate to obtain a more thorough, detailed understanding of the nature of the questions and consequently develop more comprehensive answers. For example, an interdisciplinary approach to the treatment or rehabilitation of an individual who is ill, disabled, or experiencing distress or pain uses the talents and experiences of therapists from a number of appropriate medical and psychological specialties.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Interdisciplinary approach. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, <https://dictionary.apa.org/interdisciplinary-approach>

international statistical classification of diseases and related health problems

(ICD-11)

Term first introduced in: **Module 1 pg. 54**

A standardized classification system (11th edition) developed by the World Health Organization (WHO) for coding diseases and health conditions. The purpose of the ICD is to permit the systematic recording

analysis, interpretation and comparison of mortality and morbidity data collected in different countries or areas and at different times. The ICD is used to translate diagnoses of diseases and other health problems from words into an alphanumeric code, which permits easy storage, retrieval, and analysis of the data. In practice, the ICD has become the international standard diagnostic classification for all general epidemiological and many health management purposes and is widely used across European contexts.

Source: World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). World Health Organization. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

interpreter

Term first introduced in: **Module 3 pg. 29** (version for interpreters and cultural mediators) / **pg. 28** (version for other profiles)

A professional who is expected to convert oral communication from a source language (language/s of the country of origin of a migrant) to a target language (language of the host country) and vice versa to ensure appropriate communication between migrants and staff of public authorities in particular who do not speak the same language.

Note: The role of interpreters in asylum and migration procedures is expected to provide accurate and complete message transfer into the target language and vice versa preserving the content and intent of the source message without omission or distortion.

Source: European Commission. (2024, April 29). *EMN Asylum and Migration Glossary*. Directorate-General for Migration and Home Affairs https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary_en

Intersectionality

Term first introduced in: **Module 2 pg. 23**

A concept first introduced by Professor Kimberlé Crenshaw in 1989, which acknowledges that individuals experience oppression and discrimination in distinct and complex ways due to the intersection of multiple social identities. For example, a middle-aged white woman from a disadvantaged background may face different forms of marginalization compared to a young Black woman from a privileged socioeconomic status or an older Hispanic man with a disability. Social identity is shaped by a variety of factors, such as gender, race, class, sexual orientation, age, physical ability, and mental health, all of which interact in ways that influence an individual's experiences.

Source: Mental Health Europe. (n.d.). *Intersectionality & mental health: Embracing diversity*. Retrieved April 13, 2025, from <https://www.mentalhealtheurope.org/what-we-do/intersectionality/>

involuntary dislocation

Term first introduced in: **Module 1 pg. 14**

A concept first introduced by Professor Renos K. Papadopoulos which refers to two distinct but interrelated facets or moments of dislocation: (a) the experience in which a person, family, or community no longer feels 'at home' in their own home – this represents a specific form of dislocation, a loss of the sense of belonging within one's own environment; and (b) the subsequent movement away (primarily

physical and geographical, but also psychological, cultural, and social) from the space that has lost its feeling of home.

Source: Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation. Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development* (p. 39). London: Routledge.

language barriers

Term first introduced in: **Module 3 pg. 28**

The challenges in communication that arise when individuals or groups do not share a common language or have limited proficiency in each other's language. These barriers can impede access to essential services, including healthcare, education, and social support, leading to misunderstandings, reduced quality of care, and social exclusion.

Source: European Commission. (2024). *The language barrier: the invisible yet critical cross-border obstacle*. Retrieved April 13, 2025, from <https://futurium.ec.europa.eu/en/border-focal-point-network/library/language-barrier-invisible-yet-critical-cross-border-obstacle>

mental disorder

Term first introduced in: **Module 1 pg. 55**

A clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotional regulation, or behavior. It is usually associated with distress or impairment in important areas of functioning. Mental disorders may also be referred to as mental health conditions. The latter is a broader term covering mental disorders, psychosocial disabilities, and (other) mental states associated with significant distress, impairment in functioning, or risk of self-harm.

Source: World Health Organization (2022). *Mental disorders – key facts*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

mental health

Term first introduced in: **Module 1 pg. 4**

A state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community.

Source: World Health Organization. (2022, June 17). *Mental health – strengthening our response*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

mental health inequities

Term first introduced in: **Module 1 pg. 17**

The unequal distribution of opportunities for individuals to lead a flourishing life and enjoy good health, both between and within societies. These disparities are influenced by factors such as socioeconomic status, access to healthcare, and social determinants of health.

Source: World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. WHO Document WHO-IER-CSDH-08.1. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

mental health and psychosocial support (MHPSS)

Term first introduced in: **Module 1 pg. 6**

A term used to describe any type of local or outside support that aims to protect or promote psychosocial well-being and/or prevent or treat mental disorders. The term ‘psychosocial’ denotes the inter-connection between psychological and social processes and the fact that each continually interacts with and influences the other.

Source: Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2010). IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?*

migrant

Term first introduced in: **Module 1 pg. 9**

An umbrella term, not defined under international law, reflecting the common lay understanding of a person who moves away from their place of usual residence, whether within a country or across an international border, temporarily or permanently, and for a variety of reasons. The term includes a number of well-defined legal categories of people, such as migrant workers; persons whose particular types of movements are legally defined, such as smuggled migrants; as well as those whose status or means of movement are not specifically defined under international law, such as international students.

Note: At the international level, no universally accepted definition for “migrant” exists. The present definition was developed by IOM for its own purposes and it is not meant to imply or create any new legal category.

Source: International Organization for Migration. (2019). *International migration law no. 34: Glossary on migration*. International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration>

migration

Term first introduced in: **Module 1 pg. 9**

The movement of persons away from their place of usual residence, either across an international border or within a State.

Source: International Organization for Migration. (2019). *International migration law no. 34: Glossary on migration*. International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration>

migratory mourning

Term first introduced in: **Module 1 pg. 46**

The psychological and emotional challenges migrants face during the process of migration. Inspired by the mythical journey of the Greek hero Odysseus (Ulysses), this model may help field workers identify specific areas in migrants’ lives that need special attention to promote resilience and prevent severe mental health challenges.

Source: Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief: The Ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine*, 6(6), 303–305. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295>

nonverbal communication

Term first introduced in: **Module 3 pg. 7**

The act of conveying information without the use of words. Nonverbal communication occurs through facial expressions, gestures, body language, tone of voice, and other physical indications of mood, attitude, approbation, and so forth, some of which may require knowledge of the culture or subculture to understand.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Nonverbal communication. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/nonverbal-communication>

non-violent communication (NVC)

Term first introduced in: **Module 3 pg. 11**

A communication process developed by American psychologist and mediator, Marshall B. Rosenberg, designed to resolve conflicts through compassion and understanding. It focuses on creating meaningful connections by fostering empathy, expressing needs, and finding mutually beneficial solutions that address the needs of all parties.

Source: Center for Nonviolent Communication. (n.d.). *What is Nonviolent Communication (NVC)?* Retrieved April 11, 2025, from <https://www.cnvc.org/learn/what-is-nvc>

oversimplification

Term first introduced in: **Module 2 pg. 18**

A process of describing or explaining something in a way that excludes essential details or complexity, resulting in a misleading or inaccurate understanding of the issue. It often occurs when nuanced problems are reduced to simple statements or solutions that do not reflect their true nature.

Source: Cambridge English Dictionary. (n.d.). *Oversimplification*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/oversimplification>

post-traumatic growth

Term first introduced in: **Module 1 pg. 31**

The positive psychological changes that can occur as individuals struggle with and process highly challenging life events. Among migrants and refugees, it involves a reflective meaning-making process through which individuals reinterpret their traumatic experiences, often leading to strengthened relationships, a deeper appreciation of life, personal resilience, new possibilities, and spiritual or existential growth. This transformation is not the absence of distress but rather a parallel process, where growth arises through the struggle – not despite it.

Source: Chan, K. J., Young, M. Y., & Sharif, N. (2016). Well-being after trauma: A review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 57(4), 291–299. <https://doi.org/10.1037/cap0000065>

psychosocial well-being

Term first introduced in: **Module 1 pg. 6**

The interplay between individual psychological processes (such as emotions, thoughts, and behaviors) and the broader social environment, including relationships, community, culture, and societal conditions. It

captures how people function emotionally and socially, and how external factors such as displacement, discrimination, or support systems influence their mental health and overall quality of life.

Source: Eiroa-Orosa, F. J. (2020). Understanding psychosocial wellbeing in the context of complex and multidimensional problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5937. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165937>

reflective practice

Term first introduced in: **Module 3 pg. 10**

A process through which professionals critically examine and learn from their experiences to deepen understanding, particularly in complex situations. It fosters continuous professional development and improves clinical decision-making through self-awareness and contextual insight.

Source: Prosser, M., Stephenson, T., Mathur, J., Enayati, H., Kadie, A., Abdi, M. M., Handuleh, J. I. M., & Keynejad, R. C. (2021). Reflective practice and transcultural psychiatry peer e-learning between Somaliland and the UK: A qualitative evaluation. *BMC Medical Education*, 21, 58. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02465-y>

refugee

Term first introduced in: **Module 1 pg. 13**

Under international law, the United Nations Convention on the Status of Refugees, 1951, defines a refugee as a person who 'owing to a well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion is outside the country of his nationality and is unable, or owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his former habitual residence, as a result of such events, is unable to or, owing to such fear, is unwilling to return to it' (Article 1 (A)(2)).

Source: United Nations High Commissioner for Refugees. (2011). *Handbook and guidelines on procedures and criteria for determining refugee status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the status of refugees* (HCR/1P/4/ENG/Rev. 3). <https://www.unhcr.org/publications/legal/handbook-and-guidelines-procedures-and-criteria-determining-refugee-status>

A person who, owing to a well-founded fear of persecution for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion, is outside the country of his nationality and is unable or, owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his former habitual residence as a result of such events, is unable or, owing to such fear, is unwilling to return to it.

Source: United Nations. (1951). *Convention relating to the status of refugees* (adopted 28 July 1951, entered into force 22 April 1954), 189 U.N.T.S. 137, Article 1A(2). <https://www.unhcr.org/3b66c2aa10>

resilience

Term first introduced in: **Module 1 pg. 30**

In the context of humanitarian, development, peacebuilding, and security policies and operations, the ability of individuals, households, communities, cities, institutions, systems, and societies to prevent, resist, absorb,

adapt, respond and recover positively, efficiently, and effectively when faced with a wide range of risks, while maintaining an acceptable level of functioning and without compromising long-term prospects for sustainable development, peace and security, human rights, and well-being for all.

Source: United Nations Development Group, & Inter-Agency Standing Committee. (2015). *Joint letter from UNDG and IASC chairs on guiding principles on advancing resilience* (p.3).

https://interagencystandingcommittee.org/system/files/undg-iasc_joint_letter_on_resilience_final.pdf

risk and protective factors

Term first introduced in: **Module 1 pg. 29**

The multiple individual, social, and structural determinants throughout our lives that may combine to protect or undermine our mental health and shift our position on the mental health continuum.

Source: World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

social determinants of health

Term first introduced in: **Module 1 pg. 18**

The conditions in which people are born, grow, live, work and age and are mostly responsible for health inequities – the unfair and avoidable differences in health status seen within and between countries.

Source: World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

stigma

Term first introduced in: **Module 2 pg. 7**

The negative attitudes and beliefs directed toward individuals or groups based on certain characteristics, such as mental health conditions. It can manifest in several forms, including self-stigma (internalized negative beliefs), help-seeking stigma (fear of seeking help due to perceived judgment), associative stigma (stigma associated with being connected to a stigmatized individual), public stigma (societal prejudices and discrimination), and anticipated stigma (fear or expectation of being stigmatized).

Source: Crowe, A., Averett, P., Glass, J. S., Dotson-Blake, K. P., Grissom, S. E., Ficken, D. K., & Holmes, J. (2016). Mental health stigma: Personal and cultural impacts on attitudes. *Journal of Counselor Practice*, 7(2), 97–119.

<https://doi.org/10.22229/spc801925>

stress

Term first introduced in: **Module 4 pg. 6**

The physiological or psychological response to internal or external stressors. It involves changes affecting nearly every system of the body, influencing how people feel and behave. For example, it may be manifested by palpitations, sweating, dry mouth, shortness of breath, fidgeting, accelerated speech, and the intensification of negative emotions, especially if already present. While stress is often seen in a negative light, optimal levels of stress (also known as ‘eustress’) can enhance performance and motivation, helping individuals manage challenges effectively. However, severe stress is characterized by the General

Adaptation Syndrome (GAS), a three-stage process that describes the body’s reaction to stress over time: the alarm stage (the initial “fight or flight” response), the resistance stage (where the body adapts but remains on alert), and the exhaustion stage (where prolonged stress depletes the body’s resources, leading to burnout). These mind–body changes contribute to psychological and physiological disorders, negatively impacting both mental and physical health, and reducing overall quality of life.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Stress. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/stress>

stressor(s)

Term first introduced in: **Module 4 pg. 5**

Any event, force, or condition that results in physical or emotional stress. Stressors may be internal or external forces that require adjustment or coping strategies on the part of the affected individual.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Stressor. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/stressor>

structural competence

Term first introduced in: **Module 3 pg. 22**

The trained ability to discern how a host of issues defined clinically as symptoms, attitudes, or diseases (e.g., depression, hypertension, obesity, smoking, medication “non-compliance,” trauma, psychosis) also represent the downstream implications of a number of upstream decisions about such matters as health care and food delivery systems, zoning laws, urban and rural infrastructures, medicalization, or even about the very definitions of illness and health.

Source: Wang E. E. (2019). Structural Competency: What Is It, Why Do We Need It, and What Does the Structurally Competent Emergency Physician Look Like?. *AEM education and training*, 4(Suppl 1), S140–S142. <https://doi.org/10.1002/aet2.10415>

translator

Term first introduced in: **Module 3 pg. 30**

A professional who converts written text from one language into another, ensuring that the meaning, context, style, and tone are accurately preserved. This process involves not only linguistic skills but also cultural understanding to convey nuances appropriately.

Source: Translators without Borders. (n.d.). *Field guide to humanitarian interpreting & cultural mediation*. Retrieved April 10, 2025, from <https://translatorswithoutborders.org/wp-content/uploads/2017/04/Guide-to-Humanitarian-Interpreting-and-Cultural-Mediation-English-1.pdf>

unaccompanied and separated children (UASC)

Term first introduced in: **Module 3 pg. 50**

Children, as defined in Article 1 of the Convention on the Right of the Child, who have been separated from both parents and other relatives and are not being cared for by an adult who, by law or custom, is responsible for doing so.

Note: In the context of migration, children separated from both parents or other caregivers are generally referred to as unaccompanied migrant children (UMC).

Source: United Nations Committee on the Rights of the Child. (2005). *General comment No. 6: Treatment of unaccompanied and separated children outside their country of origin* (CRC/GC/2005/6, para. 7). United Nations. <https://www.unhcr.org/media/convention-rights-child-general-comment-no-6-2005-treatment-unaccompanied-and-separated>



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).