

Skills-Training der Affektregulation – ein kultursensibler Ansatz: STARK

Entwicklung und erste Erfahrungen mit afghanischen Geflüchteten

Theresa Koch, Thomas Ehring & Alexandra Liedl

Zusammenfassung: Die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Geflüchteter stellt aktuell eine bedeutende Aufgabe dar. Es werden wissenschaftlich abgesicherte kultursensible Konzepte zur Behandlung psychischer Erkrankungen benötigt. Die vorliegende Arbeit stellt ein Beispiel für ein transdiagnostisches Behandlungskonzept vor, das auf die Verbesserung von Emotionsregulationsfähigkeiten abzielt: das Gruppentherapieprogramm „Skills-Training der Affektregulation – ein kultursensibler Ansatz: STARK“. Probleme der Emotionsregulation tragen nicht nur zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen bei, sondern beeinflussen durch die erhöhte physiologische Erregung soziale Beziehungen und damit den Integrationserfolg. Im Verlauf des STARK-Programms werden über 15 Sitzungen hinweg Strategien der Emotionserkennung und -regulation vermittelt. Der Artikel stellt das Behandlungskonzept, dessen Entwicklungsprozess und vielversprechende Hinweise zur Akzeptanz und Wirksamkeit anhand einer Pilotstudie (N = 7) vor.

„Es fühlt sich an wie eine Störung in der Gangschaltung. Ich kann nicht mehr kontrolliert von einem Gang in den nächsten schalten, sondern es geht automatisch der Aggressions-Gang rein.“ – Schwierigkeiten in der Emotionsregulation, wie sie ein 15-jähriger Klient aus Afghanistan hier schildert, sind häufige Begleiterscheinungen der psychischen Belastungen, denen Geflüchtete im Exil ausgesetzt sind, nachdem sie aufgrund von Krieg, Gewalt und Vertreibung ihr Land verlassen mussten. Viele der Schutzsuchenden haben in ihren Heimatländern oder auf der Flucht traumatische Erfahrungen gemacht. Einmal im Zufluchtsland angekommen, sind Geflüchtete zusätzlich mit zahlreichen Postmigrationsstressoren konfrontiert wie Diskriminierung, dem Verlust ihres sozialen Netzes, sprachlichen und kulturellen Integrationsschwierigkeiten und Problemen bei der Arbeitssuche. Viele leiden unter der zusätzlichen Belastung eines unsicheren Aufenthaltstitels und der ständigen Sorge vor einer Abschiebung (Böttche, Heeke & Knaevelsrud, 2016¹; Lambert & Alhassoon, 2015).

Die Vielzahl von Prä-, Peri- und Postmigrationsstressoren resultiert in einer starken psychischen Belastung von Geflüchteten. Epidemiologische Studien deuten auf hohe Prävalenzen psychischer Störungen in dieser besonders vulnerablen Gruppe hin, insbesondere von Traumafolgestörungen wie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). In der bisher umfangreichsten Metaanalyse bei Überlebenden von Folter und Vertreibung finden sich Prävalenzraten von je 31% für PTBS und für Depression (Steel et al., 2009). Bei einer aktuellen Untersuchung in einer zentralen Aufnahmeeinrichtung für Asylsuchende wurden bei 64% der Untersuchten eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt, wobei PTBS mit 32% die häufigste Diagnose war (Richter, Lehfeld & Niklewski, 2015).

Eine adäquate psychotherapeutische Versorgung der Betroffenen erfordert veränderte kultursensible therapeutische Konzepte. Unsere bestehenden psychotherapeutischen Verfahren sind für westliche Zielgruppen entwickelt worden, die sich sprachlich und kulturell bezüglich ihrer Werte, Krankheitskonzepte, Gewohnheiten und spezifischen Belastungen bedeutsam von den verschiedenen ethnischen Gruppen von Geflüchteten unterscheiden (Kirmayer, 2006). Die kulturelle Anpassung psychotherapeutischer Verfahren ist daher ein wichtiger Schritt, um nicht nur die Therapieakzeptanz und -zufriedenheit (Bernal & Sáez-Santiago, 2006; Castro, Barrera & Steiker, 2010), sondern auch ihre Wirksamkeit zu steigern, wie eine Metaanalyse zu kulturell angepassten Depressionsbehandlungen bei ethnischen Minderheiten zeigte (Chowdhary et al., 2014). Eine der Herausforderungen bei der Anpassung bzw. Entwicklung kultursensibler Konzepte besteht darin, zum einen der kulturellen Vielfalt ethnischer Gruppen gerecht zu werden und zum anderen Konzepte zu erstellen, die über verschiedene ethnische Gruppen hinweg Anwendung finden können (Heim & Maercker, 2017). Kultursensible Konzepte werden dieser Aufgabe besser gerecht als kulturspezifische, die sich auf einen bestimmten kulturellen Kontext beziehen.

Eine weitere Herausforderung bei der Entwicklung von psychotherapeutischen Programmen für Geflüchtete stellt die Vielschichtigkeit der Belastungen dar sowie die Tatsache, dass in dieser Gruppe Komorbiditäten eher die Regel als die Ausnahme bilden. Während 47% der traumatisierten Geflüchteten, die sich in Schweizer Ambulanzen in Behandlung

¹ Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

befanden, sowohl die Kriterien einer Depression als auch einer PTBS erfüllten, standen diesen nur 34% mit einer reinen Depression und lediglich 2% mit einer PTBS gegenüber (Nickerson, Schick, Schnyder, Bryant & Morina, 2017). Aus diesem Grund scheinen transdiagnostische Verfahren vielversprechend. Diese zielen auf die Veränderung von Mechanismen ab, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung verschiedener psychischer Störungen gleichzeitig beteiligt sind.

Einem solchen Ansatz folgen zum Beispiel Interventionen zur Förderung der Emotionsregulation. Emotionsregulation umfasst Strategien und Prozesse, die das Auftreten, die Intensität, die Dauer und den Ausdruck einer Emotion oder einer emotionalen Reaktion verändern (Überblick bei Koole, 2009). Sie werden mit einer Vielzahl psychischer Störungen in Verbindung gebracht (Barnow, 2012), so auch mit Traumafolgestörungen (Seligowski, Lee, Bardeen & Orcutt, 2015). Nach traumatischen Ereignissen sind Betroffene häufig mit heftigen emotionalen Reaktionen konfrontiert. Es ist wichtig, diese starken Emotionen adaptiv regulieren zu können. Das fällt allerdings aufgrund ihrer hohen Intensität besonders schwer, sodass ausgeprägte Fähigkeiten in der Emotionsregulation gefordert sind. Gemäß der integrativen Konzeptualisierung von Gratz und Roemer (2004) zeichnet sich eine adaptive Regulation durch den Einbezug von situativen, kulturellen und persönlichen Kontextinformationen aus. Die Autoren definieren als Kerndimensionen von Emotionsdysregulation

- a) Nichtakzeptanz von emotionalen Reaktionen,
- b) Schwierigkeiten, zielgerichtetes Verhalten in emotionalen Belastungssituationen zu zeigen,
- c) Impulskontrollschwierigkeiten,
- d) beschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien,
- e) Mangel an emotionaler Bewusstheit und
- f) Defizite, Gefühle zu erkennen und einzuordnen.

Diese Dimensionen spiegeln sich in der Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) wider, die auch in der vorliegenden Arbeit verwendet wurde.

Bisher war die Forschung bei Geflüchteten stark störungsspezifisch auf PTBS ausgerichtet. Dieser Fokus greift allerdings angesichts der oben aufgeführten hohen Komorbiditäten häufig zu kurz und wird der Komplexität der Alltagsprobleme und psychischen Belastungen von Geflüchteten nicht gerecht. In der jüngeren Literatur finden sich nun erste Hinweise auf die transdiagnostische Bedeutung von Emotionsregulation für verschiedene psychische Störungsbilder (PTBS, Depression, explosiver Ärger) bei Geflüchteten. Insbesondere die DERS-Dimensionen „Schwierigkeiten, zielgerichtetes Verhalten in emotionalen Belastungssituationen zu zeigen“ und „Defizit, Gefühle zu erkennen und einzuordnen“ konnten als (partielle) Mediatoren des Zusammenhangs zwischen Traumaanzahl bzw. Postmigrationsstressoren und psychischer Belastung identifiziert werden (Nickerson et al., 2015). Außerdem wur-

den verbesserte Emotionsregulationsfähigkeiten als wichtiger Mechanismus zur Reduktion von PTBS-Symptomen in der Behandlung kambodschanischer Geflüchteter identifiziert (Hinton, Hofmann, Pollack & Otto, 2009). Die Rolle von Emotionsdysregulation bei Geflüchteten wird weiterhin durch eine Studie unterstrichen, bei der eine Gruppe von afghanischen Geflüchteten von signifikant größeren Schwierigkeiten in der Emotionsregulation berichtete als eine Gruppe von traumatisierten Deutschen (Koch, 2015). Die Unterschiede zeigten sich insbesondere in Bezug auf die Dimensionen der Impulskontrolle und der Nichtakzeptanz von Gefühlen und blieben selbst bei Kontrolle der Schwere der PTBS bestehen. Die zwei Dimensionen „Defizite, Emotionen zu erkennen und einzuordnen“ und „Zugang zu Emotionsregulationsstrategien“ stellten sich bei den untersuchten Geflüchteten als signifikante Prädiktoren für die Schwere der PTBS heraus. Damit decken sich die Ergebnisse der afghanischen Geflüchteten mit denen einer Untersuchung von Geflüchteten aus unterschiedlichen Kulturkreisen (Doolan, Bryant, Liddell & Nickerson, 2017). Die Bedeutung von Problemen der Emotionsregulation für psychische Probleme bei Geflüchteten zeichnet sich ferner dadurch ab, dass die für ICD-11 vorgesehene Diagnose der Komplexen PTBS bei Geflüchteten häufig diagnostiziert werden kann (Nickerson et al., 2016). Neben den Symptomen der PTBS, der negativen Selbstwahrnehmung und Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen ist die Komplexe PTBS auch durch anhaltende und tiefgreifende Probleme der Emotionsregulation gekennzeichnet. Eine phasenbasierte Behandlung mit einem Fokus auf Emotionsregulation vor einer Exposition wird hierfür empfohlen (Cloitre et al., 2012). Neben den genannten symptom-spezifischen Aspekten stellt eine adaptive Emotionsregulation eine entscheidende Kompetenz in sozialen Situationen und Beziehungen dar und ist somit für den Arbeits- und Integrationserfolg von Geflüchteten wesentlich. Denn Menschen, die die Intensität, Dauer oder Häufigkeit ihrer emotionalen Reaktionen schlecht modulieren können, laufen Gefahr, dass sich ihre physiologische Übererregung negativ auf soziale Beziehungen auswirkt (Eisenberg & Fabes, 1992).

Zusammengefasst deuten die vorliegenden Befunde darauf hin, dass ein kultursensibles transdiagnostisches Behandlungskonzept mit einem Fokus auf der Förderung von Emotionsregulationsfähigkeiten für das Kollektiv von Geflüchteten mit psychischen Problemen vielversprechend ist. In diesem Artikel wird ein Beispiel dafür vorgestellt, wie ein solches Behandlungskonzept aussehen kann, und es werden sowohl die Entwicklung des Programms als auch Ergebnisse einer Pilotstudie beschrieben.

Das Gruppentherapieprogramm STARK

Das Gruppenkonzept „Skills-Training der Affektregulation – ein kultursensibler Ansatz: STARK“ wurde von einigen erfahrenen Psychotherapeutinnen² von Refugio München,

² Zu der mit dieser Ausgabe neu eingeführten gendergerechten Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte das Editorial des Redaktionsbeirates auf der ersten Heftseite.

einem Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer, sowie Forscherinnen der Ludwig-Maximilians-Universität München entwickelt. Grundlage des STARK-Konzepts bilden bestehende Therapiemanuale, aktuelle Forschungsergebnisse und das Konzept der Kultursensibilität.

Entwicklung des Manuals

STARK orientiert sich an **bestehenden evidenzbasierten Therapiemanualen**, die zumindest für westliche Klientinnen in ausreichender Anzahl verfügbar sind. Das Manual basiert auf den zwei gut erforschten und breit angewendeten Verfahren zur Emotionsregulation: dem STAIR-Programm (*Cloitre, Cohen & Koenen, 2014*) und dem DBT-Programm (*Bohus & Wolf-Arehult, 2013*). Auch Elemente aus Therapiemanualen, die spezifisch für die Arbeit mit traumatisierten Migrantinnen entwickelt sind, wurden für STARK adaptiert, insbesondere aus dem CA-CBT-Programm (*Hinton, Rivera, Hofmann, Barlow & Otto, 2012*), dem Manual zur Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen (*Liedl, Schäfer & Knaevelsrud, 2013*) sowie dem Manual zur Behandlung traumatisierter Schmerzpatienten (*Liedl, Knaevelsrud & Müller, 2013*).

Das Gruppenkonzept baut ferner auf der **aktuellen Forschung** zur Rolle von Emotionsregulation für die Psychopathologie von Geflüchteten auf. Die zwei Dimensionen „Defizite, Emotionen zu erkennen und einzuordnen“ und „Beschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien“ stellten sich sowohl in einer Stichprobe von traumatisierten afghanischen Geflüchteten, die sich alle in Behandlung bei Refugio München befanden, als auch in einer kulturell diverseren nicht klinischen Stichprobe von Geflüchteten als signifikante Prädiktoren für die Schwere der PTBS heraus (*Doolan et al., 2017; Koch, 2015*). Die ersten beiden Module des Manuals widmen sich deshalb explizit der Arbeit an diesen besonders wichtig erscheinenden Dimensionen. Der Erkenntnis, dass eine Gruppe von Afghaninnen größere Schwierigkeiten in der Impulskontrolle und Akzeptanz von Gefühlen zeigte als eine Vergleichsgruppe von traumatisierten Deutschen, wird im Manual ebenfalls Rechnung getragen. Viele Alltags- und Videobeispiele widmen sich spezifisch dem Umgang mit impulsiven Reaktionen und ein Ampelmodell zieht sich als Metapher für ein emotionales Warnsystem durch die gesamten Sitzungen. Zur Stärkung der Akzeptanz von Gefühlen wird wiederholt die Bedeutung von verschiedenen Gefühlen thematisiert.

Das Therapiemanual zeichnet sich insbesondere durch seine **Kultursensibilität** aus und hebt sich diesbezüglich von bereits bestehenden Manualen ab. Bei Emotionen und damit auch bei Emotionsregulation handelt es sich nicht um rein intrapsychische Prozesse. Vielmehr sind diese kulturell geprägt und von dem jeweiligen Lebenskontext beeinflusst (Mesquita, De Leersnyder & Albert, 2013). Hinzu kommt, dass Migrantinnen andere subjektive Krankheitsmodelle und Vorstellungen über (Psycho)Therapie mitbringen (Kirmayer, 2006), die einen direkten Einfluss auf die emotionale Reaktion einer

Person, ihre Krankheit, ihr Coping-Verhalten sowie auf die Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeutin und Patientin haben (Petrie & Pennebaker, 2004). Kultursensibilität ist demnach bei der psychotherapeutischen Arbeit an Emotionen von besonderer Bedeutung. Grundmaxime der kultursensiblen Arbeit bei STARK ist stets die Haltung der anteilnehmenden Neugier, mit der Verhaltensweisen beobachtet und zugrundeliegende Motive und Wertvorstellungen als kulturell geprägt gegenseitig exploriert und erklärt werden (*Liedl & Abdallah-Steinkopff, 2016*). Den Teilnehmerinnen wird mit einer offenen Haltung des Nichtwissens begegnet. Anstatt lediglich fertige, westlich orientierte Lösungsansätze anzubieten, wird der Austausch über den Umgang mit intensiven Gefühlen in den Heimatländern und im Exil in den Vordergrund gestellt. Das Manual wurde anhand der Leitlinien von *Bernal und Sáez-Santiago (2006)* für die Entwicklung bzw. Anpassung kultursensibler Interventionen entwickelt. Demnach sollten die folgenden Elemente bei der kulturellen Adaption von Behandlungsansätzen berücksichtigt werden, die im Folgenden weiter ausgeführt werden:

- a) Sprache,
- b) Person,
- c) Metaphern,
- d) Inhalt,
- e) Konzept,
- f) Ziele,
- g) Methoden und
- h) Kontext.

Bei der Arbeit mit Geflüchteten spielt es eine große Rolle, eine „gemeinsame **Sprache**“ zu finden. Damit ist weniger die Aneignung von Fremdsprachenkenntnissen gemeint, als die Anpassung der eigenen Sprache an die Bedürfnisse der Zielgruppe. Die Beispielinstruktionen im Manual sind deshalb an das Konzept der leichten Sprache angepasst, welches auf gute Verständlichkeit abzielt (Maaß, 2015). Ferner empfehlen die Autorinnen die Einbindung von geschulten Sprach- und Kulturmittlerinnen.

Die Dimension der **Person** bezieht sich auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, über die in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Auffassung besteht. Ein ausführliches Vorgespräch mit allen Teilnehmerinnen ist deshalb von großer Relevanz. Hier sollte nicht nur eine genaue Abklärung der Erwartungen und Befürchtungen in Bezug auf die Psychotherapie erfolgen, sondern auch das Gruppenkonzept und die Rolle der Psychotherapeutin erläutert werden. Zur Stärkung der Eigenverantwortung wird die Psychotherapie mit dem Deutschlernen verglichen: Genau wie beim Deutschlernen hängt der Erfolg einer Psychotherapie nicht alleine von der Lehrerin oder Psychotherapeutin ab, sondern auch von der Initiative der Schülerin oder Patientin.

Das Erstgespräch ist ferner wichtig, um abzuklären, ob das vorrangige **Ziel** der STARK-Gruppe, in schwierigen Situationen die eigenen Emotionen regulieren zu können, für die Patientin relevant erscheint.

Einen zentralen Stellenwert bei STARK nimmt der Einsatz von **Metaphern** und kulturspezifischen Ausdrücken ein, durch den die Akzeptanz des Manuals gesteigert werden kann. Bei der Einführung in das Konzept der Trigger wird beispielsweise ein persisches Sprichwort – „Wenn du einmal von einer Schlange gebissen wurdest, fürchtest du jedes Seil“ – besprochen. Als Ideen für Strategien im Umgang mit Ärger werden religiöse Verse etwa aus dem Koran und der Bibel eingesetzt und diskutiert (z. B. „Stark ist nicht derjenige, der andere (im Kampf) besiegt, sondern stark ist derjenige, der sich beherrscht, wenn er wütend wird.“). Eine Ampel, als kulturneutrales Symbol, dient als Warnsystem, das den Teilnehmerinnen den eigenen Anspannungslevel anzeigen soll.

Die Dimension des **Inhalts** bezieht sich auf den Einbezug von kulturellem Wissen über Werte, Gewohnheiten und Traditionen der Zielgruppe. Dies ist insbesondere beim Umgang mit Ärger und Provokationen wichtig, denn in den Herkunftsländern vieler Geflüchteter ist die Verteidigung der eigenen Ehre von großer Bedeutung. Bei der psychotherapeutischen Arbeit sollte folglich besonders viel Wert darauf gelegt werden, Verhalten nicht zu schnell als Impulskontrollstörung zu pathologisieren. Vielmehr sollte in der Gruppe reflektiert werden, welche Reaktionen auf Provokationen es gibt, mit denen die eigene Ehre verteidigt und trotzdem in einer Form reagiert werden kann, die in Deutschland akzeptiert ist.

Die Ebene des **Konzepts** zielt auf das in der Psychotherapie verwendete Störungskonzept und Therapiemodell ab. Die Art und Weise, wie Emotionsregulationsschwierigkeiten konzeptualisiert und kommuniziert werden, ist von besonderer Relevanz, um Stigmatisierung und Scham entgegenzuwirken und eine gute therapeutische Zusammenarbeit zu fördern. STARK bedient sich hier einer weiteren Metapher; die einer Reiterin. Die Patientinnen sollen lernen, ihr Pferd, das heißt ihre Emotionen zu kontrollieren, um nicht aus dem Sattel geworfen zu werden. Dafür ist es vorab wichtig, das eigene Pferd genau zu kennen, um daraufhin die richtige Reittechnik, in dem Fall also Emotionsregulationstechnik anwenden zu können.

Die angepassten **Methoden** von STARK sind im Alltag leicht anwendbar. Es hat sich als hilfreich herausgestellt, in den Sitzungen viele Übungen durchzuführen, deren Wirkung sofort erlebbar ist. Herausfordernd bleibt die Übertragung des Gelernten in den Alltag. Diese soll durch das stetige Befüllen einer realen Schatztruhe mit Emotionsregulationsstrategien sowie durch eine Smartphone-App unterstützt werden. Mithilfe der App können sowohl Entspannungsübungen anhand von Audioanleitungen durchgeführt als auch ein elektronisches Gefühlstagebuch ausgefüllt werden.

Schließlich sollte laut der Leitlinien von *Bernal und Sáez-Santiago (2006)* der **Kontext** der Behandlung, das heißt die sozialen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen der Zielgruppe bei der Anpassung von Psychotherapieverfahren Beachtung finden. Wie oben beschrieben, sind die Rahmenbedingungen von zahlreichen Unsicherheiten geprägt. Es bietet sich deshalb an, das Gruppenkonzept in eine breitere psychosoziale Behandlung einzubetten, wie das beispielsweise bei Refugio München der Fall ist. Dort arbeiten Sozialarbeiterinnen zusammen mit Psychotherapeutinnen und Ärztinnen und bilden somit ein Netzwerk aus verschiedenen Professionen, um der Komplexität der Belastungen von Asylsuchenden gerecht zu werden. Auch Jugendhilfeeinrichtungen oder Schulen sind geeignete Kontexte für das Gruppenkonzept. Falls möglich können pädagogische Fachkräfte in den Unterkünften durch Schulungen miteinbezogen werden, um die Übertragung des Gelernten in den Alltag zu unterstützen. Schließlich gilt es, auch die Phase der Migration als Kontext für die Behandlung zu beachten. Für Geflüchtete, die erst seit Kurzem in Deutschland leben oder einen unsicheren Aufenthaltsstatus besitzen, steht häufig zunächst die Bewältigung der alltäglichen Belastungen stärker als die der vergangenen traumatischen Erfahrungen im Vordergrund (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013). In dieser frühen und unsicheren Phase der Migration stellt STARK durch die Vermittlung von hilfreichen Skills für den Alltag einen passenden Behandlungsansatz dar.

Aufbau und Inhalte des Manuals

Bei STARK handelt es sich um ein wöchentliches, geschlossenes Gruppenprogramm, an dem sechs bis acht Geflüchtete des gleichen Geschlechts teilnehmen können. Bei Bedarf übersetzt eine geschulte Sprach- und Kulturmittlerin. Das Manual umfasst in der endgültigen Version 15 Sitzungen à 90 Minuten, wobei in der vorliegenden Studie vorerst zwölf Sitzungen pilotiert wurden. STARK verfolgt einen kognitiv-behavioralen Behandlungsansatz und ist gut in der Gruppe durchführbar. Ziel ist es, durch die Vermittlung transdiagnostischer Skills eine breite Wirkung auf verschiedenen Symptom- und Funktionsbereichen zu erzielen.

Einen Überblick über die Sitzungen gibt Tabelle 1, S. 320.

STARK ist in vier Module gegliedert, die im Folgenden kurz vorgestellt werden:

- **Modul I – Training der emotionalen Wahrnehmung:** Zu Beginn der Psychotherapie wird dem Aufbau eines vertrauensvollen Gruppensettings (Gruppenregeln, Gruppenspiel etc.) und der Erklärung des Therapiekonzepts viel Zeit gewidmet. Hierfür wird die Metapher des „Reiten-Lernens“ (s. o.) eingeführt. Anschließend steht das Training der emotionalen Wahrnehmung als Voraussetzung für den flexiblen und funktionalen Einsatz von Emotionsregulationsstrategien im Vordergrund. Anhand von Emotionsbildern wird vorerst über die Vielfalt und Bedeutung von Gefühlen anderer ge-

Module	Sitzungen
I. Training der emotionalen Wahrnehmung	1. Kennenlernen und Einführung in die Gruppentherapie
	2. Emotionen kennenlernen
	3. Emotionen verstehen
	4. Emotionales Warnsystem: Ampelmodell
	5. Persönliche Warnsignale*
II. Training spezifischer Emotionsregulationsstrategien	6. Körperreaktionen
	7. Gedanken
	8. Trigger
	9. Handlung
III. Umgang mit spezifischen Emotionen	10. Ärger/Aggression
	11. Traurigkeit*
	12. Angst
	13. Positive Emotionen
IV. Abschluss und Wiederholung	14. Abschlussfest
	15. Booster-Sitzung nach drei Monaten (optional)

Tabelle 1: Überblick über die Module und Sitzungen des Programms „Skills-Training der Affektregulation – ein kultursensibler Ansatz: STARK“.

*Sitzungen, die nach den klinischen Erfahrungen aus der Pilotphase zusätzlich integriert wurden.

sprochen, bevor das Gruppengespräch auf die eigenen Gefühle gelenkt wird. Ein elektronisches Gefühlstagebuch auf dem Smartphone unterstützt das Training der emotionalen Wahrnehmung im Alltag. An einem Alltagsbeispiel einer Teilnehmerin wird der Teufelskreis von Körperreaktionen, Gedanken und Gefühlen erarbeitet. Das Modul schließt mit der Einführung einer Ampel als emotionales Warnsystem ab. Die Teilnehmerinnen sollen ihre persönlichen Warnsignale für eine gelbe oder rote Ampel kennenlernen, um frühzeitig und angemessen reagieren zu können.

■ **Modul II – Training spezifischer Emotionsregulationsstrategien:** Im zweiten Modul werden spezifische Emotionsregulationsstrategien eingeübt und trainiert. Grundlage dafür ist der im ersten Modul eingeführte Teufelskreis von Körperreaktionen, Gedanken und Gefühlen. Erlern werden Techniken, mithilfe derer der sich aufschaukelnde Teufelskreis unterbrochen werden kann. In jeweils einer Sitzung liegt der Fokus auf Körperreaktionen, Gedanken, Trigger und der Reaktion auf emotional belastende Situationen. Zur Stärkung der Selbstwirksamkeit bezüglich körperlicher Prozesse dient in der Sitzung zu Körperreaktionen der Einsatz eines Biofeedbackgerätes. Außerdem wird die Rolle von Sport als Möglichkeit, den eigenen Anspannungslevel zu reduzieren, hervorgehoben. Die Gruppe erarbeitet

Strategien zum Umgang mit Grübelprozessen, wie zum Beispiel eine Aufmerksamkeitsverlagerung. Schlussendlich wird ein Austausch zu Erfahrungen mit selbstschädigendem Verhalten, wie etwa Alkohol- oder Drogenmissbrauch und Selbstverletzung, angeleitet und es werden Alternativen diskutiert.

■ **Modul III – Umgang mit spezifischen Emotionen:** In dem Modul werden spezifische, für die Zielgruppe relevante Emotionen (Ärger, Traurigkeit, Angst, positive Emotionen) besprochen, die gelernten Strategien wiederholt und neue entwickelt. Beim Thema Ärger steht der Umgang mit Provokationen im Vordergrund. In der Sitzung zu Traurigkeit wird mithilfe eines Filmausschnitts Traurigkeit ausgelöst und anschließend gemeinsam in der Gruppe das Gefühl, dessen Bedeutung und der Umgang damit besprochen. Ein gemeinsames Traueritual schließt die Sitzung ab. Beim Thema Angst wird die Differenzierung zwischen gesunder und ungesunder Angst erläutert. Durch eine Imaginationsübung wird ein möglicher Ausweg aus dem Angstkreislauf erfahren. In der Sitzung zu positiven Emotionen sollen die Teilnehmerinnen eine Liste angenehmer Aktivitäten erstellen und eine dieser Aktivitäten sofort gemeinsam ausführen, um deren Wirkung direkt in der Gruppe zu erleben.

■ **Modul IV – Abschluss und Wiederholung:** In der letzten Sitzung steht das Betrachten der im Rahmen der Psychotherapie mit Skills befüllten Schatztruhe im Vordergrund. Das Gelernte wird konsolidiert und Fragen werden geklärt. Die Gruppe schließt mit einer gemeinsamen Feier mit mitgebrachten Speisen und Getränken und Musik ab. In einer fakultativen „Booster-Sitzung“ nach drei Monaten können entstandene Fragen und Probleme aufgegriffen und gelernte Strategien wiederholt werden.

Pilotstudie zur Akzeptanz und Wirksamkeit des Manuals

Stichprobe

Im Rahmen einer Pilotstudie nahmen sieben afghanische junge Männer (Alter: 15 bis 18 Jahre, $M = 16.14$, $SD = 1.07$), die laut Eigen- wie auch Fremdaussage im Alltag Schwierigkeiten in der Emotionsregulation aufwiesen, an einer STARK-Gruppe teil. Sie alle hatten sich zu einer Psychotherapie bei Refugio München angemeldet und nahmen parallel keine psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch. Bis auf einen der Teilnehmer waren alle unbegleitet in Deutschland und lebten in Jugendhilfeeinrichtungen. Ein Jugendlicher wohnte mit seiner Familie in einer Gemeinschaftsunterkunft. Seit durchschnittlich 14.60 Monaten ($SD = 2.82$) befanden die Teilnehmer sich in Deutschland. Im Verlauf der Gruppentherapie hatten sechs von ihnen ihre Asylanholung. Zwei der Jugendlichen erhielten in dem Zeitraum einen sicheren Aufenthaltstitel, während die restlichen fünf auf eine Entscheidung über ihren Asylantrag

warteten. Sie berichteten von durchschnittlich zehn traumatischen Ereignissen ($SD = 5.47$) und wiesen eine hohe psychische Belastung auf: Vier der Teilnehmer erfüllten laut Fragebogendiagnostik die Kriterien einer Depression, Angststörung und PTBS, zwei die einer Depression und Angststörung, einer die einer Depression. Zwei Personen waren lediglich subklinisch belastet.

Durchführung und Messinstrumente

Die Pilotstudie fand im Zeitraum von Dezember 2016 bis April 2017 bei Refugio München statt. Die Erhebungen direkt vor und nach der Gruppentherapie wurden von einer geschulten Diagnostikerin (Psychologiestudentin) durchgeführt, die die übersetzten Fragebögen im Interview mithilfe eines Sprachmittlers abnahm. Die beiden Autorinnen des Manuals leiteten die STARK-Gruppe therapeutisch und wurden von einem Sprachmittler unterstützt.

Alle Fragebögen lagen in Dari, der Sprache der Teilnehmer, vor und wurden schon häufig mit Geflüchteten eingesetzt. Das Hauptoutcome bildete die DERS (Gratz & Roemer, 2004), die Schwierigkeiten der Emotionsregulation anhand der oben beschriebenen sechs Kerndimensionen abbildet. Es wurde der Empfehlung eines revidierten Fünf-Faktoren-Modells der DERS nachgegangen, das um die Awareness-Skala bereinigt ist (Bardeen, Fergus & Orcutt, 2012). Ein weiteres Messinstrument stellt die Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25; Mollica, Wyshak, Demarneffe, Khuon & Lavelle, 1987) dar, bei der es sich um ein in der Flüchtlingsforschung sehr etabliertes klinisches Selbstbeurteilungsinstrument handelt, das mittels zweier Unterskalen Angst- (zehn Items) und Depressionssymptome (15 Items) misst. Anhand der PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5; Blevins, Weathers, Davis, Witte & Domino, 2015) wurde die PTBS-Symptomatik erhoben. Die Therapiezufriedenheit wurde einmalig nach der Psychotherapie mit der Treatment Experience Scale – Patient (TESP; Cloitre, 2014) erfasst.

Bei Pilotstudien mit geringer Stichprobengröße und damit einhergehend reduzierter Power wird von Signifikanztests als statistische Analyseverfahren abgeraten (Lancaster, Dodd & Williamson, 2004). Die Analysen stützen sich aus diesem Grund auf deskriptive Werte, die Berechnung von Effektstärken nach Cohen (1988) auf Gruppenebene sowie auf das Konzept reliabler Veränderungen gemessen mit dem Reliable Change Index (RCI; Jacobson & Truax, 1991) auf individueller Ebene.

Ergebnisse

Die Patienten nahmen an durchschnittlich 75% (range: 58-100%) der Sitzungen teil, wobei keiner die Psychotherapie abbrach. Gründe für die Abwesenheit einzelner waren meist Krankheit und kollidierende schulische und asylrechtliche Termine. Die Therapiezufriedenheit lag bei $M = 3.14$ ($SD = 0.75$), gemessen auf einer Skala von 0 bis 4. Tabelle 2 zeigt die deskriptiven Werte im Prä-Post-Vergleich. Wie in der Abbildung illustriert, berichteten die Teilnehmer nach der Psychotherapie von etwas

	T1 M (SD)	T2 M (SD)
DERS Gesamtwert	81.14 (37.51)	71.43 (29.44)
Nonacceptance	14.43 (8.18)	13.29 (6.24)
Goals	14.86 (7.06)	15.14 (3.85)
Impulse	15.14 (8.41)	13.57 (6.70)
Strategies	23.00 (11.03)	18.43 (9.41)
Clarity	13.71 (6.55)	11.00 (4.51)
HSCL-25 Gesamtwert	2.38 (0.61)	2.13 (0.60)
Depression	2.55 (0.76)	2.25 (0.66)
Angst	2.13 (0.60)	1.96 (0.56)
PCL-5 Gesamtwert	34.71 (19.87)	33.71 (16.05)
TESP		3.14 (0.75)

Tabelle 2: Deskriptive Daten ($N = 7$) der Veränderungen der Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und Psychopathologie vor (T1) und nach der Gruppentherapie (T2)

Anmerkungen: DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; Nonacceptance = DERS-Subskala „Nichtakzeptanz von emotionalen Reaktionen“; Goals = DERS-Subskala „Schwierigkeiten, zielgerichtetes Verhalten in emotionalen Belastungssituationen zu zeigen“; Impulse = DERS-Subskala „Impulskontrollschwierigkeiten“; Strategies = DERS-Subskala „Beschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien“; Clarity = DERS-Subskala „Defizit, Gefühle zu erkennen und einzuordnen“; HSCL-25 = Hopkins Symptom Checklist-25; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; TESP = Treatment Experience Scale – Patient.

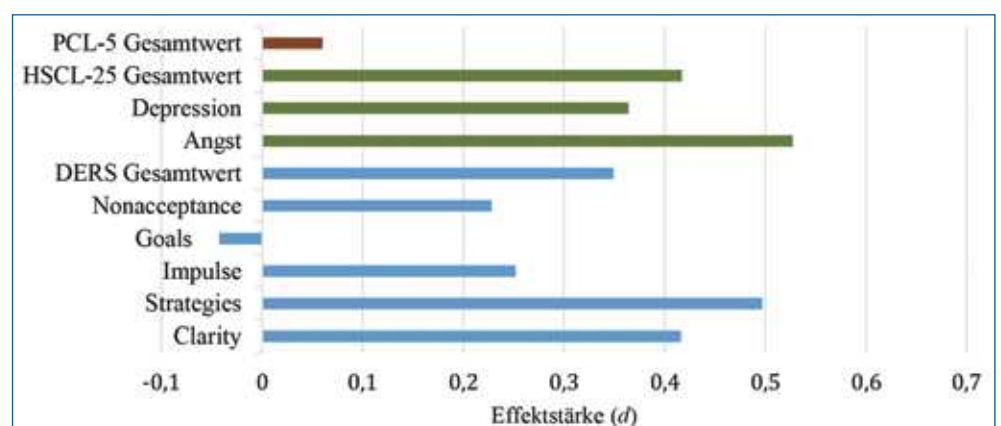


Abbildung: Effektstärken (in Cohen's d) des Prä-Post-Vergleichs ($N = 7$) in Bezug auf Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und Psychopathologie

weniger Schwierigkeiten in der Emotionsregulation ($d = 0.35$). Es verbesserte sich insbesondere der Zugang zu Emotionsregulationsstrategien ($d = 0.50$) und die Fähigkeit, Gefühle zu erkennen und einzuordnen ($d = 0.42$). Gemessen mit dem RCI zeigte sich auf der individuellen Ebene bei drei Teilnehmern (43%) eine klinische reliable Verbesserung der Emotionsregulation und bei einem Teilnehmer (14%) eine Verschlechterung. Die allgemeine psychische Belastung nahm moderat ab ($d = 0.42$; Abbildung 2). Es konnte keine relevante Verbesserung der posttraumatischen Symptomatik festgestellt werden ($d = 0.06$).

Diskussion

Die ersten Pilotdaten in Bezug auf die gemessene Therapiezufriedenheit sprechen für eine hohe Akzeptanz des Manuals, was durch die Tatsache, dass es keine Dropouts gab, bestärkt wird. Es zeigte sich eine kleine bis mittlere Verbesserung der verschiedenen Dimensionen der Emotionsdysregulation, dem Hauptoutcome der Studie. Die zwei Schwerpunkte des Manuals – das Training der emotionalen Wahrnehmung (Modul I) wie auch das Training spezifischer Emotionsregulationsstrategien (Modul II) – schlugen sich erwartungsgemäß in den Daten nieder: Hier fanden sich anhand der Skalen „Zugang zu Emotionsregulationsstrategien“ und „Defizite, Gefühle zu erkennen und einzuordnen“ die stärksten Effekte. Keine relevante Veränderung konnte auf der Skala des „zielgerichteten Verhaltens in emotionalen Belastungssituationen“ festgestellt werden. Der Befund lässt sich möglicherweise durch die erhöhte Konfrontation mit emotionalen Belastungssituationen erklären, die aufgrund der Asylanhörungen im Behandlungszeitraum auftraten. Dadurch wurde das Defizit im zielgerichteten Verhalten eventuell salienter. Das Ziel, durch die Vermittlung transdiagnostischer Skills eine breite Wirkung auf verschiedenen Symptombereichen zu erlangen, wurde mit kleinen bis mittleren Effekten in Bezug auf die Depressions- und Angstsymptome, allerdings nicht auf die PTBS-Symptomatik erreicht. Da das transdiagnostische Konzept in einzelnen Sitzungen spezifisch auf die Depressions- und Angstsymptomatik eingeht, nicht allerdings auf die charakteristische Symptomatik der PTBS, wie etwa den Umgang mit Intrusionen oder die Vermeidungssymptomatik, lässt sich das gut erklären.

Insgesamt sind die eher kleinen bis mittleren Effektstärken von STARK vergleichbar mit anderen transdiagnostischen Gruppenprogrammen für Geflüchtete, wie dem CA-CBT, bei Einschluss aller Teilnehmer (Kananian, Ayoughi, Farugie, Hinton & Stangier, 2017). Nach der aktuellen Befundlage scheint es, als wäre STARK vor allem bei der Indikation Angst, Depression und psychosozialen Problemen angezeigt. Bei der Primärdiagnose PTBS bzw. schweren Traumafolgestörungen scheint STARK als alleinige Behandlung nicht ausreichend und eine zusätzliche traumafokussierte Intervention indiziert. Die Autorinnen sehen die Stärken des Programms vor allem in seiner guten Akzeptanz und breiten Wirkung auf verschiedene Symptome und Funktionsbereiche. Dies drückt sich auch in den Rückmeldungen der Teilnehmer aus:

- „Früher war ich nicht so gut drauf. Jetzt geht es mir besser als früher. Noch nicht wirklich gut, aber besser. Besonders das Reden war gut und ist mir wichtig. Ich kann jetzt traurige Gefühle und Wut besser kontrollieren.“
- „Ich war immer wütend, auch teilweise aggressiv. Und ich habe nicht verstanden, warum das eigentlich so ist. Und ich habe immer den Gedanken gehabt, irgendwas stimmt nicht mit mir. Aber jetzt weiß ich, warum solche Dinge passieren und wie man das vermeiden kann.“

Die methodischen Schwächen der Studie, welche die Generalisierbarkeit der Befunde einschränken, sind bei der Interpretation der Daten zu beachten. Dabei ist insbesondere die kleine Stichprobe wie auch die fehlende Kontrollgruppe zu nennen. Es kann nicht gewährleistet werden, dass die klinischen Veränderungen allein auf die Behandlung zurückgeführt werden können. Wie bereits erwähnt, hatten sechs der sieben Teilnehmer im Verlauf der Psychotherapie ihre Anhörung im Asylverfahren. Zwei der Teilnehmer bekamen einen Aufenthaltstitel, während die restlichen fünf auf eine Antwort warteten und teilweise sehr verunsichert von der Anhörung waren. Die Literatur zeigt deutlich, dass aufenthaltsrechtliche Faktoren, wie die Asylanhörung und ein langer Asylprozess, starke psychische Auswirkungen haben (Böttche et al., 2016; Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders & De Jong, 2004; Schock, Rosner & Knaevelsrud, 2015). Demnach sollten die ersten Pilotdaten vorsichtig interpretiert werden. Sie liefern erste vielversprechende Hinweise, erlauben aber noch keine wirklichen Schlussfolgerungen. Dem Ziel von Pilotstudien, die Durchführbarkeit und Akzeptanz neuer Therapiemethoden zu überprüfen (Lancaster et al., 2004), konnte die Untersuchung allerdings nachgehen. Damit legt sie die Basis für die weitere Überprüfung der Wirksamkeit in einer randomisierten kontrollierten Studie, welcher die Autorinnen aktuell nachgehen (Clinicaltrials.gov ID: NCT03162679).

Fazit für die Praxis

Das Gruppenkonzept STARK stellt ein strukturiertes Training von Emotionsregulationsfähigkeiten dar, das auf bestehenden Manualen aufbaut und speziell für traumatisierte Geflüchtete entwickelt wurde. Zentrales Element von STARK ist dessen hohe Kultursensibilität, durch die sich das Programm von anderen abhebt. Dank seines transdiagnostischen Ansatzes besteht ein breiter Anwendungs- und Indikationsbereich bei Traumatisierten mit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation. Damit kann es ein wichtiger erster Schritt für eine eventuell folgende traumafokussierte oder depressionsspezifische Einzeltherapie im Rahmen einer phasenbasierten Behandlung sein. Möglich wäre auch ein Einsatz als Zusatzangebot zu Einzeltherapien oder ein präventiver Einsatz in Schulen oder Jugendhilfeeinrichtungen. Das Manual enthält viele Beispielinstruktionen, Materialien sowie konkrete Verhaltensregeln im Umgang mit schwierigen Situationen in der Gruppe. Auf diese Weise ist eine gute Durchführbarkeit auch für in diesem Bereich wenig erfahrene Psychotherapeutinnen oder speziell geschulte Sozialarbeiterinnen gewährleistet.

Erste klinische Erfahrungen weisen darauf hin, dass die Identifikation von Warnsignalen sowie die Emotion Traurigkeit eines stärkeren Fokusses bedürfen. Außerdem kann die Nachhaltigkeit des Programms durch eine „Booster-Sitzung“ nach drei Monaten gesteigert werden. Aus den Erfahrungen der Pilotgruppe wurden daher drei zusätzliche Sitzungen integriert. Des Weiteren wird das Programm momentan mit Patientinnen anderen Geschlechts, Alters und differenten ethnischen Zugehörigkeiten getestet und dementsprechend erweitert. In naher Zukunft soll das Manual veröffentlicht werden (*Koch & Liedl, in Vorbereitung*).

Das STARK-Programm ist ein vielversprechendes Beispiel, wie den aktuellen Herausforderungen in der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten durch ein niederschwelliges Gruppenkonzept begegnet werden kann. Die vorliegende Arbeit gibt erste Hinweise darauf, dass es ein wirksamer Ansatz sein könnte.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Bernal, G. & Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology*, 34 (2), 121-132.

Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2013). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Böttche, M., Heeke, C. & Knaevelsrud, C. (2016). Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 59 (5), 621-626.

Cloitre, M., Cohen, L. & Koenen, K. (2014). Sexueller Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit: ein Therapieprogramm zur Behandlung komplexer Traumafolgen. Göttingen: Hogrefe.

Doolan, E. L., Bryant, R. A., Liddell, B. J. & Nickerson, A. (2017). The conceptualization of emotion regulation difficulties, and its association with posttraumatic stress symptoms in traumatized refugees. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 7-14.

Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41-54.

Hinton, D. E., Rivera, E. I., Hofmann, S. G., Barlow, D. H. & Otto, M. W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural Psychiatry*, 49 (2), 340-365.

Koch, T. (2015). Emotionsregulation: Ein Vergleich zwischen traumatisierten geflüchteten Afghan_innen und traumatisierten Deutschen. Unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Heidelberg.

Koch, T. & Liedl, A. (in Vorbereitung). Skills-Training der Affektregulation – Ein kultursensibler Ansatz: STARK. Stuttgart: Schattauer. Voraussichtliches Erscheinungsdatum: 2018.

Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23 (1), 4-41.

Liedl, A. & Abdallah-Steinkopff, B. (2016). Psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen. In A. Liedl, M. Böttche, B. Abdallah-Steinkopff & C. Knaevelsrud (Hrsg.), *Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse* (S. 71-89). Stuttgart: Schattauer.

Liedl, A., Knaevelsrud, C. & Müller, J. (2013). Trauma und Schmerz: Manual zur Behandlung traumatisierter Schmerzpatienten. Stuttgart: Schattauer.

Liedl, A., Schäfer, U. & Knaevelsrud, C. (2013). Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen: Manual für Einzel- und Gruppensetting. Stuttgart: Schattauer.

Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Schick, M., Mueller, J. & Morina, N. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma

exposure, post-migration living difficulties and psychological outcomes in traumatized refugees. *Journal of Affective Disorders*, 173, 185-192.

Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R. & Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44 (2), 87-102.



Theresa Koch

Korrespondenzadresse:
theresa.koch@psy.lmu.de

Theresa Koch (M. Sc. und systemische Therapeutin, i. A.) promoviert in einer Forschungskooperation zwischen dem Fachbereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie der LMU München und Refugio München. Schwerpunkt ihrer Forschung stellt der Bereich der Emotionsregulation bei traumatisierten Geflüchteten dar.



Prof. Dr. Thomas Ehring

Prof. Dr. Thomas Ehring ist Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der LMU München, Leiter der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz und wissenschaftlicher Leiter des universitären Ausbildungsinstituts für Psychotherapie (MUNIP). Sein Forschungsschwerpunkt ist die Ätiologie und Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen.



Dr. Alexandra Liedl

Dr. Alexandra Liedl ist Psychologische Psychotherapeutin bei Refugio München und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie an der LMU München. Ihre Forschungsschwerpunkte sind der Bereich Interkulturelle Psychotherapie und Folgen von gezwungener Migration.