

Analyse #11

Zwischen Psychotherapie- bedarf und Klient*innen- Selbstbestimmung

Hintergründe von Therapieablehnung
und mögliche Lösungsansätze für
Distanzierungsprozesse im
Phänomenbereich Islamismus

Eine Analyse des Praxis-Forschungs-
Verbunds Grenzgänger FORA,
ProKids und Evoluo¹

Von Dr. Vera Dittmar, Anja Herrmann,
Dr. Anja Joest und Alexander Gesing

2023



Inhaltsverzeichnis

- 01 Einleitung** Seite 4
- 02 Ablehnung von Therapien:
Ein Spektrum von Ursachen** Seite 6
- 03 Forschungsdesign** Seite 12
- 04 Hinderliche Faktoren für die Aufnahme
einer Therapie (Ergebnisse Teil 1)** Seite 14
- 05 Lösungsansätze für Berater*innen
(Ergebnisse Teil 2)** Seite 22
- 06 Diskussion der Ergebnisse und Fazit/
Handlungsempfehlungen** Seite 28
- Literaturverzeichnis** Seite 34
- Impressum** Seite 47

01

Einleitung

*„Attentäter (...) seit Jahren psychisch auffällig –
Terror, Wahnsinn oder beides?“
(Diehl et al. 2021, 1)*

Immer wieder finden nach einem Attentat solche und ähnliche Überschriften mit Hinweisen auf extremistische Denkmuster und eine Vorgeschichte mit psychischen Auffälligkeiten ein (zeitlich begrenztes) breites mediales Interesse. Wissenschaftler*innen beschäftigen sich schon seit längerem mit dem Zusammenhang von Radikalisierung, Extremismus und psychischen Erkrankungen, und auch in der Praxis werden Psychotherapeut*innen zunehmend zu wichtigen Akteur*innen des Ausstiegs- und Distanzierungsbereiches. Nach einem Attentat, bei dem der*die Täter*in stirbt oder im Rahmen der Strafverfolgung schweigt, lassen sich oft nur retrospektiv Zusammenhänge und Ursachen rekonstruieren und vieles bleibt Vermutung. Einen Einblick in das aktuelle Verhalten und (innerpsychische) Erleben von radikalisierten Personen bekommen hingegen Berater*innen von Distanzierungs- und Ausstiegsprogrammen: entweder bereits in der Phase der Radikalisierung oder der Zugehörigkeit zu extremistischen Gruppierungen indirekt durch Angehörige oder während des Distanzierungsprozesses in der direkten Beratung der Indexklient*innen. Immer wieder begegnen Berater*innen dabei Menschen, die sie als auffällig wahrnehmen und daher als psychisch belastet einschätzen. Darüber hinaus können psychische Belastungen auch von den Klient*innen selbst angesprochen oder angedeutet werden oder über Fremdb Berichte durch bspw. Angehörige zum Thema in der Beratung werden. Die Distanzierungsberatung und die Psychotherapie bilden somit wichtige Schnittstellen. Der Ausbau und die Professionalisierung dieser Schnittstellen kann eine wichtige Stellschraube für die gelingende Distanzierung radikalisierten Menschen mit psychischen Belastungen von extremistischen Einstellungen darstellen und ist damit sowohl für die Praxis als auch für die Wissenschaft bzw. Forschung von großer Relevanz.

Dieser Artikel geht auf der Grundlage von wissenschaftlich aufgearbeitetem Fachwissen der Frage nach, warum Menschen in der Distanzierungsberatung im Phänomenbereich Islamismus therapeutischen Angeboten gegenüber ablehnend reagieren und welche anderen Faktoren hemmend auf das Zustandekommen einer indizierten Psychotherapie einwirken können. Ziel ist es, mögliche Hintergründe für die Ablehnung von Therapien aufzudecken und Handlungsmöglichkeiten für Berater*innen aufzuzeigen.

¹ Bei dem vorliegenden Beitrag handelt es sich um eine wissenschaftliche Arbeit. Sie wurde gefördert durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) im Rahmen der Projekte „Evoluo“ und „ProKids“ (Projektverbund „Grenzgänger“). Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BAMF dar. Für inhaltliche Aussagen tragen die Autor*innen die Verantwortung. Das Autorenteam möchte sich bei allen Berater*innen und Therapeut*innen, die dieses Forschungsprojekt unterstützt haben, bedanken.

02

Ablehnung von Therapien: Ein Spektrum von Ursachen

2.1 Forschungsstand

Obwohl der Zusammenhang zwischen Extremismus, Radikalisierung und psychischen Störungen in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus gerückt ist und Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen mittlerweile als wichtige Akteur*innen in der Extremismusprävention betrachtet werden (Bühning 2018; Sischka 2018), gibt es nahezu keine Forschung zu der Frage, inwieweit psychologische Hilfe von den Betroffenen auch angenommen wird und inwieweit sie überhaupt Zugang zu dieser haben.

Eine Ausnahme bilden hier Rau et al. (2020), die im Rahmen einer leitfadengestützten Untersuchung herausgefunden haben, dass die in die Untersuchung einbezogenen Proband*innen kaum bis keinen Kontakt mit Psychotherapeut*innen hatten, obwohl dies in ihrer Lebenssituation wahrscheinlich hilfreich gewesen wäre. Gleichzeitig äußerten sie eine eher negative Haltung gegenüber Psychotherapeut*innen: Diese sprachen eine unverständliche Sprache und könnten wenig unterstützend wirken, da sie keine ähnlichen Erfahrungen gemacht hätten. Zudem zeigte sich, dass zwar Hilfebedarfe bestanden, es aber an Kenntnissen über Hilfs- und Kontaktmöglichkeiten fehlte.

Die Befunde von Sischka (2018) und Lützing et al. (2017) deuten darauf hin, dass ein Nichtzustandekommen von Therapie keinesfalls ausschließlich an den radikalisierten Klient*innen liegen muss, da auch Psychotherapeut*innen Vorbehalte und Unsicherheiten hinsichtlich der Zusammenarbeit mit radikalisierten Personen haben. Auch Blaser (1981) betont, dass Psychotherapeut*innen nicht alle Patient*innen annehmen, sondern dass für diese Entscheidung das Interesse am Fall, das Gefühl, helfen zu können, und Sympathie ausschlaggebend sind.

Relativ gut erforscht ist die Diskrepanz zwischen dem Auftreten psychischer Störungen und der tatsächlichen Aufnahme einer Psychotherapie. Allerdings stehen hier meist strukturelle Faktoren im Mittelpunkt des Interesses. So zeigt die GEDA-Studie (Rommel et al. 2017), dass nicht nur die Versorgungsdichte, sondern auch das Alter, das Geschlecht und die Einbindung in soziale Netzwerke Einfluss auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie haben. Zepf et al. (2003) verweisen diesbezüglich auf lange Wartezeiten, fehlende niedrigschwellige Angebote und unzureichende Informationen.

Petrowski et al. (2014) sehen in den Einstellungen zur Psychotherapie Prädiktoren dafür, ob eine Psychotherapie angenommen oder abgelehnt wird. In einer repräsentativen Befragung konnten sie zeigen, dass

soziodemografische Parameter nicht nur die Einstellung gegenüber der Psychotherapie, sondern auch die Bereitschaft, eine solche in Anspruch zu nehmen, beeinflussen. Des Weiteren stellen sie einen Zusammenhang zwischen der Schichtzugehörigkeit und Vorurteilen gegenüber Psychotherapie fest. Insgesamt zeigten etwa ein Drittel der Befragten positive Einstellungen und ca. 31 % waren einer Psychotherapie gegenüber negativ eingestellt.

Barz (2015) hat im Rahmen einer fragebogengestützten Untersuchung in Ostdeutschland folgende Hemmnisse herausgearbeitet: mangelnde Motivation, ein geringer Leidensdruck, die fehlende Einsicht, krank zu sein, die fehlende Bereitschaft, sich zu verändern, lange Anfahrtswege, hohe Fahrtkosten, Probleme, den Beruf und die Therapie zu vereinbaren, Schamgefühle sowie die Angst vor Stigmatisierung, dem Verlust des Arbeitsplatzes und vor Unangenehmem.

Stigmatisierung als Grund für die Ablehnung einer Psychotherapie nennt auch Corrigan (2004). Dabei geht er davon aus, dass Stigmatisierung hinderlich für die Aufnahme einer Psychotherapie ist, da sie zum einen das Selbstwertgefühl verringert und zum anderen die sozialen Chancen der Betroffenen mindert, sodass diese bemüht sind, eine Stigmatisierung durch Leugnung der psychischen Probleme zu verhindern.

Schomerus (2009) zufolge spielt die Selbststigmatisierung die wichtigste Rolle bei der Entscheidung für oder gegen eine Therapie. Die Aufnahme einer Therapie kann in diesem Sinne zu einer Schwächung des Selbstkonzepts, der Selbstwirksamkeit und des Selbstwertgefühls führen, wenn die betreffende Person sich selbst als sozial inakzeptabel und schwach einstuft und die Therapie als Ausdruck des eigenen Versagens begreift (vgl. dazu auch Aydin et al. 2015).

Als bedeutsame Hindernisse für die Inanspruchnahme einer Therapie sehen Kuschner und Sher (1989) die Angst vor Scham bei der Offenlegung intimer und persönlicher Angelegenheiten, Angst vor Veränderung, die zwar erwünscht ist, um akutes Leiden zu lindern, andererseits aber auch unerwünscht ist, sowie auch die Angst, die eigenen Vorurteilen und Stereotypen in Bezug auf Psychotherapie entspringt. Darüber hinaus erwähnen die Autoren Ängste, die aus negativen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem resultieren, solche, die in Zusammenhang mit spezifischen Problemen stehen, die während einer Therapie zur Sprache kommen könnten, sowie die Angst vor Stigmatisierung.

Weitere Barrieren, die zur Ablehnung einer Therapie führen können, sind der Wunsch, die Probleme aus eigener Kraft lösen zu können (Eichenberger 2001), fehlende Zeit und die Ansicht, dass Psychotherapie per se nicht hilfreich ist (Schuster 2007). Dabei ist insbesondere der Wunsch, Probleme aus eigener Kraft zu lösen, oftmals eng mit Scham und der Angst, die Familie zu enttäuschen oder gar zu verletzen, verbunden (Leaf et al. 1986) sowie mit dem Gefühl der eigenen Schwäche.

Forschung, die sich explizit mit der Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Menschen mit Migrations- oder Fluchterfahrung beschäftigt, ist im Vergleich zur genannten Literatur in der Regel neueren Datums sowie insgesamt noch unterrepräsentiert. Fest steht jedoch schon Folgendes: Obwohl für Migrant*innen eine erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen besteht, nutzen sie Psychotherapie vergleichsweise selten (Bühning 2010). Da es sich hier um einen sehr heterogenen Personenkreis handelt, findet man primär herkunftsspezifische Untersuchungen sowie solche, die sich damit beschäftigen, dass Migrant*innen nur selten Psychotherapie in Anspruch nehmen, aber verhältnismäßig oft akut stationär behandelt werden. Verantwortlich sind besondere Zugangshürden: Hierzu gehören Sprachschwierigkeiten, Unwissenheit bezüglich der Angebote, die oft stärkere Einbindung in die Familie oder ein anderes soziales Netz (Kostoula 2022).

Eine besondere Hürde für die Aufnahme einer Psychotherapie kann auch die kulturspezifische Vorstellung von Krankheit sein. In einigen Kulturen wird Krankheit als „Strafe Gottes“ oder „Glaubensprüfung“ angesehen, was zu einer fehlenden Krankheitseinsicht nach westlichen Vorstellungen führt, sodass ein Bedarf an Psychotherapie nicht wahrgenommen wird. Ähnliche Auswirkungen hat die starke Stigmatisierung psychischer Probleme in einigen Ländern, die nicht selten zu einer vollständigen Verdrängung führt. Auch werden in manchen Ländern psychische Belastungen somatisiert (Wielant et al. 2016).

2.2 Zwischenfazit und Forschungslücken

Die genannten Faktoren, die sich laut dem bisherigen Forschungsstand hinderlich auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie auswirken können, umfassen eine Spannweite von sozioökonomischen und soziodemografischen über individuelle und gesellschaftliche bis hin zu kulturspezifischen Aspekten und geben wichtige Anhaltspunkte für die vorliegende Arbeit. Ein dezidierter Blick auf radikalisierte oder sich im

Radikalisierungs- bzw. Deradikalisierungsprozess befindliche Personen kommt jedoch bisher zu kurz.

Gleiches gilt für die Möglichkeit, vorhandene Hürden abzubauen und damit den Zugang zu Psychotherapie zu erleichtern. Hier findet man in der Literatur meist Empfehlungen an das Gesundheitssystem oder speziell an Psychotherapeut*innen, deren Umsetzung jedoch bereits einen Erstkontakt erfordert. Indem es nun bei den uns vorliegenden Daten aus dem Beratungskontext um Klient*innen geht, die überwiegend noch keinen Kontakt zu Psychotherapeut*innen hatten, betritt diese Analyse Neuland und kann wichtige Impulse sowohl für die Forschung als auch für die praktische Arbeit von Therapeut*innen und Berater*innen liefern.

2.3 Forschungsfragen und Ziele dieser Analyse

Fachberater*innen machen in ihrer Arbeit immer wieder die Erfahrung, dass ihnen psychische Belastungen von Klient*innen auffallen, die sich auch auf die Beratung auswirken und bei denen sie einen Therapiebedarf vermuten. Die auf dieses Thema angesprochenen Klient*innen reagieren aber ablehnend und verweigern eine Therapie. Die folgende Analyse geht daher der Frage nach, warum einige Klient*innen der Distanzierungsberatung therapeutische Angebote ablehnen und welche Handlungsmöglichkeiten Berater*innen in diesem Kontext haben.

03

Forschungsdesign

Die Datenerhebung basiert auf leitfadengestützten Gruppendiskussionen mit Therapeut*innen und Berater*innen der Distanzierungsberatung im Phänomenbereich Islamismus. Zur Vorbereitung der Gruppendiskussionen wurde eine Literaturrecherche durchgeführt und der Forschungsstand aufgearbeitet. Auf dieser Basis entstand ein Leitfaden, in den Zusatzfragen jeweils für Berater*innen bzw. für Therapeut*innen eingefügt wurden. Zwischen Februar und Juni 2023 fanden schließlich vier Gruppendiskussionen mit Berater*innen und zwei Gruppendiskussionen mit Therapeut*innen statt.

Während alle Berater*innen im Phänomenbereich Islamismus arbeiteten und daher spezifische Fachkenntnisse des Bereiches einbringen konnten, wurde bei den Therapeut*innen sowohl hinsichtlich der phänomenspezifischen Fachkenntnisse als auch hinsichtlich der Approbation ein breites Spektrum angestrebt und realisiert. Das breite Erfahrungswissen sollte helfen, die Gründe für eine Ablehnung von Therapie zu identifizieren und zu verstehen. Die ausgewählten Teilnehmer*innen der Gruppendiskussion sind daher Expert*innen im Sinne der Definition von Bogner, Littig und Menz (2009, 73 f.):

„Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf ein spezifisches Handlungsfeld bezieht, indem er in relevanter Weise agiert (...). Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen.“

Die Befragung der Berater*innen wurde in Form einer klassischen Erhebung in Präsenz und die der Therapeut*innen durch die Nutzung einer Online-Konferenz-Software durchgeführt. Die Audioaufnahmen wurden transkribiert, anonymisiert und nach Kuckartz (2012) qualitativ, unter Verwendung der Analysesoftware MAXQDA, ausgewertet.

04

Hinderliche Faktoren für die Aufnahme einer Therapie (Ergebnisse Teil 1)

Die anhand des Datenmaterials ermittelten Hemmnisse für die Aufnahme einer (vermutlich erforderlichen) Therapie betreffen sowohl die Klient*innen als auch die Therapeut*innen.

Bei den Klient*innen können drei Gruppen von Hemmnissen beschrieben werden: allgemeine Faktoren, religiös-interkulturelle Faktoren und Faktoren, die durch den Phänomenbereich Islamismus bedingt sind. Bei den Therapeut*innen hingegen sind es individuelle Aspekte und strukturelle Faktoren des deutschen Gesundheitssystems, die diese in ihrer Arbeit begrenzen.

4.1 Hemmende Faktoren aufseiten der Klient*innen

4.1.1 Allgemeine Faktoren

Undurchschaubare Struktur, Komplexität des Hilfesystems, Versorgungssituation

Das ausdifferenzierte System der Heilberufe in Deutschland erscheint vielen Menschen, die sich das erste Mal mit dem Gedanken an „Hilfe“ für psychische Belastungen auseinandersetzen, unübersichtlich. Konfrontiert mit einer Vielzahl an möglichen Ansprechpartner*innen² und verschiedenen Psychotherapieverfahren, kann es entmutigend wirken, nicht zu wissen, wer für das eigene Anliegen passend ist und welche Schritte es hin zu einer Therapie bedarf. Auch kann die Unsicherheit hinsichtlich finanzieller Belastungen eine Rolle spielen. Darüber hinaus erschwert die momentan unzureichende Versorgung mit ambulanten Therapieplätzen den Zugang zur Therapie. Oftmals müssen viele Therapeut*innen angerufen werden, um in eine Warteliste aufgenommen zu werden. Allein die Schritte, die notwendig sind, um einen Therapieplatz zu bekommen, setzen u. a. voraus, dass man Kenntnisse oder Fähigkeiten der Informationsbeschaffung hat, die Suche und notwendige Schritte zu strukturieren und zu koordinieren weiß, Durchhaltevermögen besitzt sowie das persönliche Anliegen in Worte fassen und es einer fremden Person gegenüber schildern kann. Das alles erfordert eine Vielzahl an äußeren und inneren Ressourcen.

Stellen diese Schritte schon für unbelastete Menschen eine Herausforderung dar, können sie für psychisch belastete Menschen zu hohen

² z. B. Psycholog*innen, psychologische Psychotherapeut*innen, Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzt*innen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Hürden oder sogar zum Ausschlusskriterium werden. So kann bei einer depressiven Erkrankung die Energie fehlen, bei Psychotherapeut*innen anzurufen, um nach einem Therapieplatz zu fragen. Lebenssituationsbedingte Umstände können dazu führen, dass andere soziale, ökonomische und/oder medizinische Probleme im Vordergrund stehen, sodass keine Kapazitäten mehr vorhanden sind, um sich mit der Therapieplatzsuche zu beschäftigen.

Auch ein fehlender oder nur geringer Leidensdruck kann die Bereitschaft für eine Psychotherapie sowie für die zeitaufwendige Suche nach einem entsprechenden Platz mindern. Dies trifft auch dann zu, wenn der Leidensdruck durch eine pharmakologische Behandlung vorübergehend gesenkt wird, was insofern problematisch ist, als sich die Kombination aus medikamentöser Behandlung und Psychotherapie bei vielen psychischen Störungen als am wirksamsten herausgestellt hat. Aber auch die fehlende Einsicht, krank zu sein, wirkt sich hinderlich auf die Aufnahme einer Therapie aus, genauso wie der Wunsch bzw. die Überzeugung, die Probleme eigenständig lösen zu können. So kann eine Selbstüberschätzung oder eine Art (Pseudo-)Autonomie dazu führen, dass Klient*innen keine Therapie in Anspruch nehmen. Dies spiegelt sich in folgenden Zitaten aus der Gruppendiskussion:

„Ich brauche keine Unterstützung.“

„Ich will da niemanden ranlassen und ich kriege meine Schwierigkeiten alleine gelöst.“

Fehlendes Konzept von Therapie

Häufig fehlt auch ein Verständnis dafür, was eine Therapie überhaupt ist, wie sie helfen und welcher Nutzen mit ihr einhergehen kann. Der Gedanke an Psychotherapie kann dann Unsicherheiten und Ängste auslösen und die Aufnahme einer Therapie verhindern. Zu den Ängsten, die durch fehlendes Wissen hervorgerufen werden können, gehört bspw. die Angst davor, verändert oder gar manipuliert zu werden.

„Im ideologischen Konstrukt wäre das dann auch so eine, so eine weitere Hilfe zur Gehirnwäsche. Genau irgendwie das, dass das die Christen oder die Juden oder der Westen oder die Amerikaner versuchen, jetzt meinen Kopf noch voll, voll mit Sünden zu machen oder meinen Glauben irgendwie zu verändern.“

Weitere Ängste, die im Zusammenhang mit der Unwissenheit stehen, sind die Angst vor Kontrollverlust, die Angst vor Diskriminierung und Schuldzuschreibungen sowie die Angst, dass die Therapie die eigene Situation nur noch verschlimmert.

Ängste

Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Therapie sind zudem a) die Angst vor negativen Reaktionen des sozialen Umfeldes, b) das Gefühl, mit der Aufnahme einer Therapie die eigene Schwäche einzugestehen, sowie c) das eng damit verbundene Gefühl der Scham. Erwähnt wird zudem die Befürchtung, in einer Therapie die Kontrolle darüber zu verlieren, was man preisgibt und was nicht.

„Ist da jemand, der in mich hineinsehen will?“

Diese Angst vor Kontrollverlust kann auch die Angst beinhalten, von außen verändert zu werden und sich Themen aus der Vergangenheit stellen zu müssen.

„Oder auch zum Beispiel bei traumatisierten Menschen mit post-traumatischen Belastungsstörungen, die vielleicht auch durch falsche Vorstellungen von Therapie die Idee haben, sie müssten da eben auch ganz intensiv noch mal alle Erlebnisse durchleben, die sie triggern, und wovor sie größere Ängste haben und da deshalb schon eine Abwehrhaltung einnehmen. So nach dem Motto: Ich will mich da nie wieder mit beschäftigen. Ja, das kann einfach auch dann ein stark hemmender Faktor sein.“

Darüber hinaus bestehen spezifische Ängste, die mit dem Phänomenbereich Islamismus verbunden sind bzw. spezifische Ausformungen des jeweiligen Hemmnisses. So gibt es Ängste, die eigens mit den Lebenssituationen und -kontexten der sich in Distanzierungsprozessen befindlichen Menschen zusammenhängen. Die befragten Berater*innen der Fachberatungsstellen haben Klient*innen erlebt, die Angst davor hatten, aufgrund ihrer extremistischen Vergangenheit stigmatisiert zu werden. Sie befürchteten, die potenziellen Psychotherapeut*innen würden sie dafür verurteilen oder deswegen so starke Vorbehalte ihnen gegenüber haben, dass es zu Diskriminierungen kommen würde, die die Behandlung beeinflussen könnten, bzw. sogar dazu, dass sie direkt als Patient*innen abgelehnt würden.

Handelt es sich um Indexklient*innen, die in ehemalige dschihadistische Kampfgebiete ausgereist waren, kann sich die Angst vor Verurteilung auch auf das Handeln während der Zeit beim IS und die Kategorisierung als „Täter*innenverhalten“ beziehen. Wenn die psychischen Probleme mit den Erlebnissen im Krieg und möglicherweise auch den eigenen Taten zusammenhängen, kann es zu erheblichen inneren Konflikten kommen. Abhängig vom Stand im Distanzierungsprozess kann das eigene Leid negiert oder verleugnet und die Auseinandersetzung damit vermieden werden, oder die Ambivalenz zwischen dem Leiden und der Verantwortung für das frühere eigene Handeln löst Gefühle wie Scham und Schuld aus und somit den Wunsch, mit diesen Gefühlen nicht konfrontiert zu werden. Sind Angehörige die potenziellen Patient*innen, können sich die Angst vor Verurteilung und Scham- und Schuldgefühle z. B. darauf beziehen, dass sie für die Entwicklung und Taten ihres Familienmitglieds verantwortlich gemacht werden könnten.

4.1.2 Religions- und kulturspezifische sowie interreligiöse und interkulturelle Faktoren

Religions- bzw. kulturspezifische Hürden können auf verschiedenen Ebenen eine Rolle dabei spielen, die Aufnahme einer Therapie zu verhindern oder zu erschweren. Hier ist zum einen das Fehlen ausreichender Therapieplätze bei Therapeut*innen mit kultur- und/oder religionssensiblen Kompetenzen zu nennen. Zum anderen spielt die unterschiedliche Wahrnehmung von Krankheit eine Rolle. Hierunter fällt nicht nur, dass psychische Probleme mitunter auf den Körper projiziert und als Schmerzen geäußert werden, was eine Diagnose erschweren kann, sondern auch, dass Verhaltensweisen in unterschiedlichen Kulturen auch ganz unterschiedlich gedeutet werden.

„Aber es ist eben damit schon einfach wahrgenommen worden, dass es eben bestimmte Ausdrucksformen gibt in Kulturen, die in anderen Kulturen einfach eben pathologisch sind, auffällig sind, in anderen Kulturen einfach normal sind, weil sie eben ein Teil des kulturellen Lebens sind, also sich auf diese Art und Weise auszudrücken, sehr expressiv oder sehr emotional. Das ist eben/das kommt/hängt immer ein bisschen auch mit der Kultur zusammen.“

Wenn kulturspezifische Krankheitskonzepte und Unterschiede in der Beschreibung des Leides in der Therapie nicht miteinbezogen und ver-

standen werden, kann das dazu führen, dass den Berufsgruppen der Heilberufe die Problemlösungskompetenz aberkannt wird.

Ebenfalls in den Bereich der religions- oder kulturbedingten Hürden gehört die Tabuisierung psychischer Erkrankungen sowie die Vorstellung, dass das eigene Leiden gottgewollt sei und man einfach nur gottgefälliger leben müsse, damit eine Besserung eintrete. Zu nennen sind hier aber auch generelle Vorurteile gegenüber Therapie als eine westliche Behandlungsform und die Tatsache, dass in anderen Kulturen andere Personen als Therapeut*innen als Ansprechpersonen gewählt werden. Das kann der Imam sein, ein Heiler, aber auch der Vorsteher einer Gruppe oder der Geschichtenerzähler im arabischsprachigen Raum.

Ebenso hat die Kultur Einfluss auf das Krankheitsverständnis. Treffen Menschen aus kollektivistischen Kulturen auf ein Heilsystem und Behandler*innen einer individualistisch geprägten Kultur, kann das zu einer großen Hürde für die Betroffenen werden. Weil im kollektivistischen Kulturverständnis Krankheit und Heilung im sozialen Kontext stattfinden, kann es u. a. zu Misstrauen gegenüber Einzeltherapien kommen.

Sprache

Der psychotherapeutischen Arbeit liegt ganz wesentlich das Kommunikationsmittel Sprache zugrunde. Da es um gegenseitiges Verstehen und mitunter höchstpersönliche Inhalte geht, ist es in der Therapie ideal, in der Muttersprache kommunizieren zu können. Eine fehlende Passung zwischen der Sprache der Klient*innen und verfügbaren Psychotherapeut*innen kann zum Ablehnungsgrund der Therapie werden.³

Geschlechterkonstruktionen

Auch Geschlechterkonstruktionen können zur Hürde für eine Psychotherapie werden, denn die männliche Geschlechtsrolle steht der Therapieaufnahme in der Regel im Weg.

„Als Mann sucht man eben keine Hilfe, generell, aber vor allem keine psychotherapeutische Hilfe, weil man eben auch das Bild von sich hat, dass man als starker Mann definitiv keine therapeutische Hilfe in Anspruch nimmt und dass man auch gar keine Probleme hat und haben darf und schon gar nicht nach außen zeigen darf.“

³ Der Einsatz von Dolmetscher*innen in der Psychotherapie wird kontrovers diskutiert.

„Es ist in der westlichen Kultur schon schwierig für Männer, sich psychotherapeutische Hilfe zu suchen, weil man sich auch öffnen muss und eben über Gefühle redet. Dass das eben zum Beispiel in einer muslimischen Kultur noch viel stärker ist, weil eben dieses Männlichkeitsbild noch stärker geprägt ist von diesem harten Mann, der eben keine Hilfe sucht, das ist auch noch mal ein Faktor.“

4.1.3 Durch den Phänomenbereich Islamismus bedingte Faktoren

Durch die starke Ideologisierung und das dichotome Weltbild der Klient*innengruppe aus dem Phänomenbereich Islamismus ergeben sich spezifische Hemmnisse für die Aufnahme einer Therapie, die je nach Radikalisierungsgrad, Stand im Distanzierungsprozess und dem jeweiligen Kontext, in dem Beratung und Distanzierungsarbeit zustande kommen, variieren können.

In der (vormals) gelebten Ideologie der Klient*innen kann Therapie als Teil des abgelehnten Systems gedeutet werden, sodass es im Distanzierungsprozess zu einer kognitiven Dissonanz zwischen den ideologischen Grundannahmen und Überzeugungen und der Annahme von Hilfe kommen kann. Gefühle wie Ablehnung und Misstrauen – „Will mich da jemand manipulieren und mein Denken verändern? Soll mein Innerstes einfach nur dem System angepasst werden?“ – stehen dann der Hoffnung auf die Linderung des Leides gegenüber. Oftmals ist schon die Distanzierung allein mit einer so starken kognitiven Dissonanz und so schwer auszuhaltenden negativen Gefühlen verbunden, dass weitere negative Gefühle und somit eine Therapie vermieden werden.

Auch die Unkenntnis über die weitgehende Schweigepflicht der Therapeut*innen bzw. das Misstrauen gegenüber deren Einhaltung kann ein Hemmnis darstellen, vor allem, wenn bei den Klient*innen aufgrund ihrer Vergangenheit strafrechtliche Aspekte eine Rolle spielen.

In einigen Fällen wird die psychische Belastung auch als eine gottgegebene Strafe empfunden, die ausgehalten werden muss. Eine Therapie wäre ein „leichter“ Ausweg, ein Eingeständnis der eigenen Schwäche.

Stark hemmend auf die Aufnahme einer Therapie kann es sich zudem auswirken, wenn Klient*innen ein Gespräch über eine potenzielle Psychotherapie dahingehend interpretieren, dass ihnen unterstellt würde, sie hätten ihren religiös-ideologischen Weg allein aufgrund einer psychischen Entlastung gewählt.

4.2 Hemmende Faktoren aufseiten der Therapeut*innen

Auch aufseiten der Psychotherapeut*innen gibt es Gründe, die das Zustandekommen einer Therapie mit sich im Distanzierungsprozess befindenden Patient*innen verhindern können. So führte ein*e Therapeut*in in der Gruppendiskussion an:

„Therapeuten sind auch Menschen. Therapeuten haben auch Angst. Therapeuten mögen es auch bequem. Ja, und wenn ich 20 auf der Warteliste habe, dann nehme ich die unkomplizierte Hausfrau mit Depressionen und nicht den extremistischen jungen Mann.“

Hemmnisse sind fehlende Kapazitäten, fehlende Sympathie oder ein ungewollter Arbeitsschwerpunkt, aber auch religiöse und kulturelle Faktoren. So können sich Therapeut*innen mit den kulturellen oder religiösen Haltungen der Klient*innen überfordert fühlen oder es fehlt an den nötigen Sprachkenntnissen. Zentral sind auch Faktoren, die in direktem Zusammenhang mit der ideologischen Ausrichtung der Klient*innen stehen. Da weder in der Ausbildung noch im Berufsalltag der meisten Psychotherapeut*innen religiös begründeter Extremismus eine Rolle spielt, können Berührungängste mit Themen wie Radikalisierung und Gefährderstatus bei potenziellen Klient*innen bestehen. Zudem besteht für Psychotherapeut*innen auch kein Anreiz, den höheren Arbeitsaufwand auf sich zu nehmen, den diese Patient*innen-Konstellation bedeuten kann: die Informationsbeschaffung zu den Rahmenbedingungen („Was bringt es mit sich, wenn Sicherheitsbehörden involviert sind? Hat es Auswirkungen auf die Therapie?“), die Wissensbeschaffung und Auseinandersetzung mit dem Thema Radikalisierung und Deradikalisierung oder auch praktische Schritte wie das Finden und Einbeziehen einer dolmetschenden Person. Die aktuell unzureichende Versorgung mit ambulanten Psychotherapieplätzen kann hier verstärkend wirken.

05

Lösungsansätze für Berater*innen (Ergebnisse Teil 2)

Im Idealfall bietet die Beratung (zur Distanzierung) den Klient*innen einen geschützten Rahmen, um sich mit emotional sehr herausfordernden Fragestellungen zu befassen:

- Spielen in meinem Lebensweg psychische Auffälligkeiten eine (eher negative) Rolle?
- Wäre eine Psychotherapie eine sinnvolle Lösung für mich?
- Welche Profession der Heilberufe wäre in diesem Fall hilfreich?

Die Entscheidung für eine Psychotherapie ist oft auch kein einmaliger Entschluss, sondern ein Entscheidungsprozess mit Ambivalenzen, für den die Beratung einen vertrauensvollen Rahmen bietet, in dem sich mit psychischen Auffälligkeiten und passenden Therapiemöglichkeiten auseinandergesetzt werden kann. Ängste und andere Hinderungsgründe können thematisiert und Ambivalenzen begleitet werden, um den Klient*innen den Zugang zu Psychotherapeut*innen zu erleichtern. Dabei gibt es einige Möglichkeiten, wie Fachberater*innen in der Deradikalisierungsberatung mit der Therapieablehnung von Klient*innen umgehen können. Sie lassen sich grob den Themengebieten „Haltungen und Werte“, „Beratungsbeziehung“ sowie „Methoden und Strategien“ zuordnen.

5.1 Haltungen und Werte

Grundlegender Wille und Freiwilligkeit

Zunächst muss die Bereitschaft und der grundlegende Wille der Klient*innen vorhanden sein, sich überhaupt mit Psychotherapie auseinanderzusetzen und über die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten sowie auch über mögliche Hürden zu sprechen.

Der Aspekt der Freiwilligkeit, sprich der freien Entscheidung der Klient*innen für oder gegen eine Therapie, ist sowohl für Fachberater*innen als auch für Psychotherapeut*innen ein zentraler Wert ihrer Grundhaltung, auf welcher die Beratung bzw. die Therapie aufbaut.⁴ Dies resultiert auch daher, dass die Psychotherapie als Verfahren der Heilbehandlung für psychische Erkrankungen für die Patient*innen auch Nebenwirkun-

⁴ Ausnahmen bilden Beratungen im Zwangskontext, wobei auch hier der konkrete Beratungsauftrag in der Regel in Abstimmung mit dem Klienten oder der Klientin erarbeitet wird.

gen und Belastungen, also Behandlungsrisiken, mit sich bringen kann. Wichtig sind die Freiwilligkeit und der grundlegende Wille, eine Therapie durchzuführen aber auch deshalb, weil die Entscheidung für die Therapie während einer mitunter schwierigen und langwierigen Suche nach einem geeigneten Therapieplatz und gegen aufkommende Ambivalenzen aufrechterhalten werden muss.

Bestehen dieser Wille und die Freiwilligkeit nicht, ist nur bei Fremd- oder Eigengefährdung durch die vermutete psychische Erkrankung ein weiterer Handlungsbedarf indiziert.

Selbstbestimmung

Eng mit der Freiwilligkeit verbunden ist, dass die Berater*innen bewusst dazu beitragen, dass die Klient*innen sich möglichst als selbstbestimmt erleben und dadurch ihre Befürchtungen, während der Therapie die Kontrolle zu verlieren, abbauen. Dafür wird in Gesprächen der*die Klient*in u. a. regelmäßig auf Situationen aufmerksam gemacht, in denen er oder sie bereits selbstbestimmt gehandelt hat.

Transparenz und Begrenzung der eigenen fachlichen Kompetenz

Die befragten Berater*innen beschreiben auch die Transparenz hinsichtlich der eigenen fachlichen Kompetenzen als hilfreich:

*„Die Grenzen der eigenen Arbeit zu kommunizieren, indem man eben auch sagt: ‚Hier an diesem Punkt kann ich dir nicht mehr weiterhelfen, für diese Themen habe ich nicht die fachliche Kompetenz. Es gibt aber Menschen, die sich genau damit beschäftigen und da Expert*innen sind und dir helfen können.‘“*

Dadurch wird den Klient*innen bewusst, dass eine Fachberatung bestimmte Möglichkeiten, aber auch Grenzen hat und demgegenüber eine Therapie bestimmte Vorteile besitzt.

5.2 Ausgestaltung der Beratungsbeziehung

Geduld, Vertrauensgrundlage, Beratungsbeziehung

Lehnen Klient*innen die Auseinandersetzung mit dem Thema Therapie (erst einmal) ab, sollten die Berater*innen, wenn die psychische Belastung die Beratung nicht zu stark beeinflusst, Stabilisierung bieten, die Beratungsbeziehung aufrechterhalten und Geduld haben, um so die Ver-

trauensgrundlage für ein späteres Aufgreifen des Themas zu schaffen. Ist die Beeinträchtigung hingegen so groß, dass eine Distanzierungsfachberatung zeitweise nicht sinnvoll erscheint bzw. möglich ist, bleibt die Option, im Kontakt zu bleiben, die Beratung jedoch zu pausieren.

Eruieren der Gründe für die Ablehnung

Reagiert der*die Klient*in auf das Ansprechen des Psychotherapiebedarfs zwar inhaltlich ablehnend, ist aber bereit, darüber mit dem*der Berater*in zu sprechen, bietet es sich zunächst an, nach den Gründen für die Ablehnung zu fragen. Diese können die Grundlage für eine anschließende gemeinsame Auseinandersetzung mit dem Thema Psychotherapie bilden und dem*der Berater*in die Möglichkeit geben, offen, interessiert und ernstnehmend nachzufragen. Im weiteren Verlauf bieten sich verschiedene Methoden aus unterschiedlichen Beratungsrichtungen an.

5.3 Methoden und Strategien

Methoden

Im Rahmen der Gruppendiskussionen haben die Berater*innen verschiedene Methoden diskutiert, die im Zusammenhang mit der Ablehnung einer Therapie hilfreich sein können. Genannt wurde bspw. das Motivational Interviewing, eine Methode, mit der sowohl Bedarfe aufgedeckt als auch eine Veränderungsbereitschaft aufseiten der Klient*innen geweckt werden können. Unter Umständen kann aber auch eine Kosten-Nutzen-Rechnung hilfreich sein, mittels der Ängste und Befürchtungen nicht nur reflektiert, sondern auch gegen den möglichen Nutzen abgewogen werden können. Die Methoden Reframing sowie Perspektivwechsel ermöglichen hingegen eine neue Sichtweise auf die Situation und so ggf. eine positivere Einstellung gegenüber einer Therapie.

Angebot praktischer Hilfe

Auch eine praktische Hilfe beim Zugang zur Therapie kann sich anbieten, z. B. die Unterstützung bei der Therapeut*innensuche und die Begleitung zu Erstterminen.

Auseinandersetzung mit dem Thema Therapie

Ein weiterer Ansatz, sowohl emotionalen Ablehnungsgründen wie Ängsten als auch rationalen Befürchtungen zu begegnen, ist die Auseinandersetzung mit dem Thema Therapie in der Fachberatung, sodass die

Berater*innen als eine Art Brückenbauer*innen zwischen Klient*innen und Psychotherapie/Psychotherapeut*innen fungieren. Je nach zugrunde liegendem Hemmnis eignen sich dafür Lösungsansätze, die auf der Erfahrungsebene wirken, oder solche, die die kognitive Ebene ansprechen.

Um Therapie erfahrbar zu machen, können in einem Rollenspiel erwartbare Szenen aus einer ersten Therapiesitzung durchgespielt werden. Oder es werden Erfahrungsberichte anderer Patient*innen besprochen, um ein Bild darüber zu vermitteln, wie andere Menschen ihre Ängste vor der Therapie überwunden und Therapie erlebt haben und welche Ziele sie mithilfe der Therapie erreichen konnten.

Gerade wenn jegliche Vorstellung von Therapie fehlt, kann auch die Wissensvermittlung über Heilberufe und Psychotherapie helfen:

„Insofern ist es auch zentral, dass der Berater oder die Beraterin Kenntnisse zu diesen Berufsgruppen haben und die dem Klienten auch vermitteln können. Was ist ein Psychotherapeut? In welchem Vertrauensverhältnis stehen die Klienten mit diesem Psychotherapeuten? Wie ist die Schweigepflicht ausgelegt bei Psychotherapeuten? Es ist wichtig, dem Klienten jeden Schritt zu erläutern, damit der Klient auch wirklich eine Vorstellung davon gewinnt und dann auch eine faire Grundlage zur Entscheidung hat.“

Über die Vermittlung von Wissen zu Heilberufen, Versorgungssystem, Zugangsmöglichkeiten, Therapieablauf und rechtlichen Rahmenbedingungen können Ängste und Unsicherheiten abgebaut werden. Dabei ist es wichtig, nicht eine romantisierte Idealvorstellung zu zeichnen, sondern realistisch zu bleiben und auch zu verdeutlichen, dass Therapie anstrengend und fordernd sein kann, zu zwischenzeitlichen Verschlechterungen führen und sich auch auf bestehende Beziehungen auswirken kann. Zum einen können die Klient*innen dadurch selbstbestimmt zu einer Entscheidung für oder gegen Psychotherapie kommen. Zum anderen kann es einem möglichen späteren Therapieabbruch entgegenwirken, wenn keine falschen Erwartungen geweckt werden und darüber aufgeklärt wird, wie Therapie im Einzelfall wirken kann und was für den Klienten oder die Klientin erreicht werden könnte.

Notwendigkeit der Selbstfürsorge sowie von Intervision und Supervision

Für die Berater*innen können Beratungssituationen mit psychisch stark belasteten Klient*innen herausfordernd sein. Wirkt die psychische Be-

lastung stark auf die Durchführbarkeit der Beratung ein und lehnen die Klient*innen psychotherapeutische Hilfe ab, kann es zur Überlastung und Hilflosigkeit kommen. In solchen Fällen ist es hilfreich, sich Unterstützung durch anonymisierte Fallbesprechungen in Intervision und Supervision zu holen sowie die eigenen Einflussmöglichkeiten auf den Klienten oder die Klientin zu reflektieren, diesbezügliche Grenzen zu akzeptieren und das auch dem Klienten oder der Klientin deutlich zu machen.

In Bezug auf den Einfluss von Kultur und Religion kann es besonders in interkulturellen oder/und -religiösen Beratungsbeziehungen helfen, sich eigene kultur- oder religionspezifische Vorannahmen bewusst zu machen und diese zu reflektieren.

06

Diskussion der Ergebnisse und Fazit / Handlungsempfehlungen

Die hier vorgestellten Ergebnisse erheben keinen Anspruch auf Repräsentativität. Schon allein, weil Therapieentscheidungen individuelle, komplexe und ambivalente Prozesse sind, kann die Identifizierung einzelner Hemmnisse und Lösungsmöglichkeiten keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Passung haben. Die aufgeführten Befunde zeichnen jedoch ein gutes Bild der Hintergründe der Therapieablehnung im Phänomenbereich Islamismus und stellen einen lösungsorientierten Bezug zur Beratungspraxis her.

Bezüglich der Befunde ist allerdings zu betonen, dass eine *Radikalisierung* *gewöhnlich nicht* automatisch das Vorliegen einer psychischen Auffälligkeit oder Störung impliziert und dass die Fachberatung insofern als eine zentrale Schnittstelle fungiert, als nur dann ein*e Therapeut*in hinzugezogen wird, wenn psychische Auffälligkeiten vorliegen. Insofern gilt auch:

1. Psychotherapie ist kein Mittel zur Normierung von Menschen.
2. Psychotherapie ist kein Allheilmittel für die Gesamtheit der sich in Deradikalisierungsprozessen befindlichen Menschen.

Diese beiden Sätze sind eng miteinander verwoben, werden hier jedoch bewusst separat dargestellt, da sich von ihnen unterschiedliche Akteur*innen angesprochen fühlen könnten. Der erste Satz beantwortet eine Angst von Patient*innen im Phänomenbereich Islamismus, die befürchten, durch eine Psychotherapie dazu gebracht werden zu sollen, einer westlich konnotierten Norm zu entsprechen. Der zweite Satz hat hingegen den Diskurs der Profession über das Zusammenspiel von Fachberatung und Psychotherapie im Blick. Daher ist Folgendes festzuhalten:

- a) Die aktive fallbezogene Handlungsverantwortung liegt bei den Akteur*innen der Deradikalisierungsarbeit.
- b) Psychotherapeut*innen werden nur einbezogen, wenn eine entsprechende Indikation vorliegt.

Diese Überlegungen werden in nachfolgender Abbildung veranschaulicht. Nur wenn eine Indikation vorliegt, werden Psychotherapeut*innen u. a. durch Akteure der Distanzierungsarbeit hinzugezogen. Die Faktoren wirken auf die Bereiche Distanzierung und Therapie.

Neben der generell schlechten Versorgungslage sind aber auch Vorurteile und die Unwissenheit vieler Therapeut*innen über den Phänomen-



Quelle: eigene Darstellung

bereich Islamismus ein Hemmnis. Die kultursensible Psychologie wird zwar im Forschungsbereich immer wichtiger, steckt im Praxisalltag jedoch noch in den Kinderschuhen.⁵

Zu den Befunden unserer Untersuchung: Es hat sich gezeigt, dass die Gründe, eine Therapie abzulehnen, äußerst vielfältig und von Individuum zu Individuum sowie von Situation zu Situation sehr unterschiedlich sein können. Bei aller Differenz lassen sich jedoch drei unterschiedliche Kategorien herausarbeiten, wenngleich deren Grenzen fließend sind. Hierzu gehören a) allgemeine, b) religiös und/oder kulturell bedingte und c) phänomenspezifische Ablehnungsgründe, die die Beratenden vor jeweils andere Herausforderungen stellen.

Doch nicht nur die individuellen Beweggründe der Klient*innen haben Einfluss auf das Zustandekommen von Therapie, sondern auch die Berater*innen, die Psychotherapeut*innen und letztlich auch das soziale und gesellschaftliche Umfeld der Klient*innen.

⁵ Interessant sind hier das Projekt HE-QV (Aktivierung von Angehörigen von Heilberufen für das Thema Extremismusprävention durch Qualifizierung und Vernetzung für Psychotherapeut*innen), das Projekt Nexus (Psychotherapeutisches Netzwerk) und das Projekt GëRaMed (Geschlecht und Radikalisierung im Zeitalter moderner Medien).

Häufig sind es zunächst die *Berater*innen*, die den Bedarf einer Therapie vermuten⁶ und insofern der Herausforderung gegenüberstehen, mit Vorurteilen, Bedenken und negativen Einstellungen der Klient*innen gegenüber einer Therapie umzugehen. Erste Ansätze, wie dieser Herausforderung begegnet werden kann, finden sich in Kapitel 5. Diese Lösungsansätze sollten durch weitergehende Forschung untersucht werden, wie auch entsprechende Fortbildungsangebote für Berater*innen weiter ausgebaut und zum festen Bestandteil der Beratung werden sollten. Lohnenswert wäre es unter anderem, Berater*innen dahingehend zu schulen, dass sie psychische Auffälligkeiten bei Klient*innen erkennen sowie Lösungsmöglichkeiten für den individuellen Fall entwickeln und anwenden können.

Eine Möglichkeit dafür bietet das Projekt Evuluo:

Das **Projekt Evuluo** steht für psychologische Fachkenntnisse und Coaching für Berater*innen im Themenfeld (De)Radikalisierung. Das Projekt beruht auf einer Analyse der Bedarfe von Fachkräften der Ausstiegsarbeit aus dem Jahr 2022.

Durch eine **Fortbildung** vermittelt das Projekt Berater*innen in der Ausstiegsbegleitung fundierte Fachkenntnisse, sodass sie in die Lage versetzt werden, bei psychischen Auffälligkeiten situativ angemessen zu reagieren, u. a. indem sie entsprechende Beratungssituationen professioneller einschätzen und Lösungswege an die jeweiligen Klient*innen anpassen können. Dazu gehört auch, den Mehrwert einer Therapie für die Klient*innen fallindividuell herauszuarbeiten und, falls nötig, auch die Ablehnung von Therapien lösungsorientiert zu thematisieren. Begleitet wird dieses Angebot durch therapeutisch angeleitete Interventionen.

Daneben gibt es ein **Coaching für psychologische Aspekte** im Themenfeld (De)Radikalisierung, das bundesweit interessierten Fachkräften offensteht.⁷

⁶ Hier sei nochmals betont, dass Berater*innen einen Therapiebedarf nur vermuten, aber nicht feststellen können. Die Feststellung eines Therapiebedarfs liegt im Aufgabenbereich von Therapeut*innen.

⁷ www.grenzgaenger.nrw/evuluo/

Strukturell bietet es sich an, in Fachberatungsstellen multikulturelle Teams zu etablieren. Diese können eine große Ressource für eine kultursensible Begleitung des Annäherungsprozesses an eine Psychotherapie darstellen. Darüber hinaus kann Multikulturalität genutzt werden, um in Teambesprechungen oder Supervisionen eigene unbewusste kulturelle Vorannahmen zu identifizieren und zu reflektieren und somit letztlich die interkulturellen Kompetenzen zu fördern. Denn diese bilden in der Distanzierungsarbeit eine wichtige Grundlage, auch im Sinne der Brückenfunktion der Berater*innen zwischen Klient*innen und Psychotherapie.

Ist der*die Klient*in für die Therapie bereit, kommen den *Psychotherapeut*innen* und der *Versorgungssituation* zentrale Rollen zu, denn nicht selten stehen Berater*innen und Klient*innen vor dem Problem, keinen Therapieplatz zu finden. Je nach psychischer Auffälligkeit oder Störung wäre es für die Berater*innen hilfreich, entweder mit internen Psycholog*innen oder Traumatherapeut*innen zusammenzuarbeiten (die innerhalb der Fachberatungsstellen tätig sind) oder die Klient*innen zeitnah an externe Psychotherapeut*innen verweisen zu können. Förderlich wäre es, in den Fachberatungsstellen darauf hinzuwirken, dass Berater*innen die Möglichkeit für beide Optionen nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch haben. Dazu wäre es jedoch auch notwendig, auf der strukturellen Ebene mehr Therapieplätze zur Verfügung zu stellen.

Literaturverzeichnis

- Aydin, Nilüfer; Fritsch, Katrin (2015): *Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten*. In: *Psychotherapeut*, 60.
- Barz, Rahel (2015): *Warum kommen Psychotherapien nicht zustande? Eine Analyse anhand von Fragebogendaten aus der Versorgungsstudie der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer*. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.
- Blaser, Andreas (1981): „Will ich diesen Patienten selbst behandeln?“ In: *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 40 (2), 132–140.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2009): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bühning, Petra (2018): „Islamistisch motivierte Radikalisierung. Die innere Sicherheit.“ *Deutsches Ärzteblatt*, 115 (23). Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/198407/Islamistisch-motivierte-Radikalisierung-Die-innere-Sicherheit> [11.09.2023].
- Bühning, Petra (2010): „Psychotherapeutische Versorgung von Migranten: „Ziel ist die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens““ In: *Deutsches Ärzteblatt PP 9*, November 2010, 487.
- Corner, Emily; Gill, Paul (2017): „Is There a Nexus Between Terrorist Involvement and Mental Health in the Age of the Islamic State?“ In: *The CTC Sentinel*, 10 (1), 1–10.
- Corrigan, Patrick (2004): „How stigma interferes with mental health care.“ In: *American Psychologist*, 59 (7), 614–625.
- Diel, Jörg; Elger, Katrin; Friedmann, Jan; Lehberger, Roman; Parth, Christian; Röbel, Sven; Wiedmann-Schmidt, Wolf; Winter, Steffen (2021): „Attentäter von Würzburg war seit Jahren psychisch auffällig – Terror, Wahnsinn oder beides?“ *Der Spiegel* 27/2021. Online verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/panorama/justiz/wuerzburg-attentaeter-war-seit-jahren-psychisch-auffaellig-terror-wahnsinn-oder-beides-a-aeaf9c99-0002-0001-0000-000178206297> [11.09.2023].
- Eichenberger, Adrian (2001): „Zugang zur Behandlung und Prädiktoren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Depressionen und

- Angststörungen.“ Master Thesis zur Erlangung des Masters of Public Health im Rahmen des inneruniversitären Nachdiplomstudiums Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
- Grimbergen, Cristel; Fassaert, Thijs (2022): „Occurrence of Psychiatric Disorders, Self-Sufficiency Problems and Adverse Childhood Experiences in a Population Suspected of Violent Extremism.“ In: *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1–11.
- Kostoula, Olga (2022): „Psychotherapie im Migrationskontext.“ In: *Psychotherapie Forum*, 26, 129–135.
- Kuckartz, Uwe (2012): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis und Methodenunterstützung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kushner, Matt; Sher, Kenneth (1989): „Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance.“ In: *Professional Psychology: Research and Practice*, 20 (4), 251–257.
- Leaf, Phillip J.; Livingston, Bruce Marta; Tischler, Gary L. (1986): „The differential effect of attitudes on the use of mental health services.“ In: *Social Psychiatry*, 21, 187–192.
- Lützing, Saskia; Gruber, Florian; Kemmesies, Uwe (2017): *Extremismusprävention in Deutschland – Herausforderungen und Optimierungspotential. Modulabschlussbericht der Forschungs- und Beratungsstelle Terrorismus/Extremismus (FTE)*. Wiesbaden.
- Petrowski, Katja; Hessel, Aike; Körner, Annett; Weidner, Kerstin; Brähler, Elmar; Hinz, Andreas (2014): „Die Einstellung zur Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung. Attitudes toward Psychotherapy in the General Population.“ In: *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie* 2014, 64 (02), 82–85.
- Prats, Manon; Raymond, Sophie; Gasman, Ivan (2019): „Religious Radicalization and Lone-Actor Terrorism: A Matter for Psychiatry?“ In: *Journal of Forensic Sciences*, 1253–1258.
- Rau, Thea; Heimgartner, Anna; Fegert, Joerg; Allroggen, Marc (2020): „Haben radikalisierte Personen Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung?“ In: *Psychotherapeut*, 65, 1–7.

Rommel, Alexander; Kroll, Lars; Prütz, Franziska; Thom, Julia (2017): „Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede.“ In: *Journal of Health Monitoring*, 2 (4), 31–32.

Scheid, Teresa; Brown, Tony (2010): *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Washington D.C.: Cambridge University Press.

Schomerus, Georg (2009): „Steine auf dem Weg – Stigma und Hilfeverhalten.“ In: *Psychiatrische Praxis*, 36, 53–54.

Schuster, Sabine (2007): *Die Entscheidung zur Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Sischka, Kerstin (2018): „Was können Psychotherapeuten zur Radikalisierungsprävention und Deradikalisierung beitragen?“ Online verfügbar unter: <http://www.ufuq.de/was-koennen-psychotherapeutenzur-radikalisierungspraevention-undderadikalisierung-beitragen/> [10.07.2023].

Vogel, David; Wade, Nathaniel; Hackler, Ashley (2006): „Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help.“ In: *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325–337.

Vogel, David; Wade, Nathaniel; Hackler, Ashley (2007): „Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling.“ In: *Journal of Counseling Psychology*, 54, 40–50.

Wielant, Machleidt; Graef-Calliess, Iris (2016): *Transkulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen*. Heidelberg: Springer Medizin.

Zepf, Siegfried; Mengele, Ute; Hartmann, Sebastian (2003): „Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland.“ In: *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 53, 152–162.

Über das Kompetenznetzwerk „Islamistischer Extremismus“ (KN:IX)

Das Kompetenznetzwerk „Islamistischer Extremismus“ (KN:IX) besteht seit Beginn der aktuellen Förderperiode von „Demokratie leben!“ (2020–2024). Es reagiert auf die Entwicklungen im Phänomenbereich und begleitet sowohl die Präventions-, Interventions- und Ausstiegsarbeit als auch die im Themenfeld geführten fachwissenschaftlichen Debatten. Als Netzwerk, in dem die Bundesarbeitsgemeinschaft religiös begründeter Extremismus, ufuq.de und Violence Prevention Network zusammenarbeiten, analysiert KN:IX aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen der universellen, selektiven und indizierten Islamismusprävention und bietet Akteur*innen der Präventionsarbeit einen Rahmen, um bestehende Ansätze und Erfahrungen zu diskutieren, weiterzuentwickeln und in die Arbeit anderer Träger zu vermitteln. Das Kompetenznetzwerk versteht sich als dienstleistende Struktur zur Unterstützung von Präventionsakteur*innen aus der Zivilgesellschaft, öffentlichen Einrichtungen in Bund, Ländern und Kommunen sowie von Fachkräften etwa aus Schule, Jugendhilfe, Strafvollzug oder Sicherheitsbehörden. Neben dem Wissens- und Praxistransfer zwischen unterschiedlichen Präventionsträgern hat KN:IX das Ziel, mit seinen Angeboten zu einer Verstärkung und bundesweiten Verankerung von präventiven Ansätzen in Regelstrukturen beizutragen.

www.kn-ix.de

Über die BAG ReEx

Die Bundesarbeitsgemeinschaft religiös begründeter Extremismus, kurz BAG ReEx, ist ein gemeinnütziger Verein. Gegründet wurde sie im November 2016 von 25 zivilgesellschaftlichen Organisationen, die sich gegen religiös begründeten Extremismus engagieren. Ziele der BAG ReEx sind die Vernetzung, der Fachaustausch und die Weiterentwicklung auf diesem Themengebiet. Mit aktuell 35 Mitgliedsorganisationen steht die BAG ReEx für eine große Vielfalt an Ansätzen und Maßnahmen sowie für langjährige Erfahrungen im Arbeitsbereich. Die BAG ReEx versteht sich als Plattform und Schnittstelle zwischen zivilgesellschaftlichen Akteuren, Politik und Öffentlichkeit. Die BAG ReEx ist konfessionell und parteipolitisch unabhängig.

www.bag-relex.de

Über die Autor*innen

Dr. Vera Dittmar ist promovierte Sozialwissenschaftlerin und hat aktuell die wissenschaftliche Leitung der Forschungsstelle Deradikalisierung (FORA). Die Forschungsstelle begleitet die auf Deradikalisierung spezialisierte Beratungsorganisation Grenzgänger (IFAK e.V.) in Kooperation mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Vera Dittmar lehrt in den Bereichen Grundlagen der Soziologie, Forschungsmethoden und Extremismusprävention. Sie arbeitete fünf Jahre als systemische Berater*in im Feld der Distanzierungs- und Ausstiegsbegleitung (Deradikalisierung) im Phänomenbereich „Islamismus“.

Anja Herrmann ist Sozialwissenschaftlerin und seit 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Forschungsstelle Deradikalisierung (FORA). Die Forschungsstelle begleitet die Beratungsorganisation Grenzgänger (IFAK e.V.) und beschäftigt sich mit Themen wie Systemische Beratung in der Extremismusprävention, Kinder von IS-Rückkehrerinnen und psychische Auffälligkeiten in der Distanzierungsberatung. Das Projekt Evoluo (IFAK e.V.) begleitet sie neben der Ausarbeitung von Fortbildungsinhalten und der Durchführung der Module durch eine Evaluation.

Dr. Anja Joest hat Politik und Soziologie studiert und in Politikwissenschaften promoviert. Nach der Promotion hat sie sich zur Wissenschaftsredakteurin weitergebildet. Als selbstständige Autorin für Unterrichtsmaterialien im Fachbereich Politik und Sozialkunde hat sie zahlreiche Beiträge, Broschüren und einen Ratgeber für Lehrer*innen zum Thema Extremismus an Schulen veröffentlicht. Seit März 2023 arbeitet sie als Bildungsreferentin bei der Beratungsorganisation Grenzgänger.

Alexander Gesing studierte Soziale Arbeit und Sozialwissenschaften. Er war bereits in unterschiedlichen Positionen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Teilprojekt-Manager im Projekt „Vaterschaft zwischen Jugendhilfeerfahrung und väterlicher Kompetenz“ tätig. Er ist aktuell stellvertretende Projektleitung und wissenschaftlicher Mitarbeiter und Berater beim Beratungsnetzwerk Grenzgänger sowie Projektmanager im Projekt „Evoluo - Psychologische Fachkenntnisse und Coaching für Berater*innen im Themenfeld (De-)Radikalisierung“.

Publikationen des Kompetenznetzwerks „Islamistischer Extremismus“ (KN:IX):

Analysen

Martiensen, Sven-Jonas, Matthias Bernhard Schmidt und Şeyda Sarıçam. 2023. Analyse #10: Säkularismus und Religion im Spannungsfeld der Islamismusprävention. Eine muslimische Praxisperspektive. <https://kn-ix.de/publikationen/analyse-10/>. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft religiös begründeter Extremismus.

Nietz, Sina Marie. 2022. Analyse #9: Phänomenübergreifende Perspektiven in der Extremismusprävention. Gemeinsamkeiten extremistischer Ideologien und Ansatzpunkte für die Präventionsarbeit. <https://kn-ix.de/publikationen/analyse-9/>. Berlin: ufuq.de.

Gödde, Thomas. 2022. Analyse #8: Soziale Kompetenzen als Bildungsziel. Von spezifischen Präventionsangeboten zu einer kompetenzorientierten Perspektive. <https://kn-ix.de/publikationen/analyse-8/>. Berlin: ufuq.de.

Glatz, Oliver. 2022. Analyse #7: Islamisierter Antisemitismus. Motive, Motivgeschichte, Probleme, Lösungsansätze. <https://kn-ix.de/publikationen/analyse-7/>. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft religiös begründeter Extremismus.

Nössing, Elisabeth. 2022. Analyse #6: Das Widerstandsdispositiv im islamistischen Extremismus. <https://kn-ix.de/publikationen/analyse-6/>. Berlin: Violence Prevention Network gGmbH.

Puvogel, Mariam. 2022. Analyse #5: Attraktivitätsmomente von Kampfsport aus geschlechterreflektierender und rassismuskritischer Perspektive. Anschlussmöglichkeiten und Fallstricke für die (präventiv-) pädagogische Praxis. <https://kn-ix.de/publikationen/analyse-5/>. Berlin: ufuq.de.

Caliskan, Hakan. 2022. Analyse #4: „aber ich kann ja jetzt nicht noch Islam so studieren wie Sie!“ Praxisorientierte und diskriminierungssensible Handlungsstrategien zu vermeintlich religiös konnotierten Konflikten im Schulalltag. <https://kn-ix.de/publikationen/analyse-4/>. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft religiös begründeter Extremismus.

Brüning, Christina. 2021. Analyse #3: Globalgeschichtliche Bildung in der postmigrantischen Gesellschaft. <https://kn-ix.de/publikationen/analyse-3/>. Berlin: ufuq.de.

Saal, Johannes. 2021. Analyse #2: Die Rolle der Religion bei der Hinwendung zum religiös begründeten Extremismus. <https://kn-ix.de/publikationen/analyse-2/>. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft religiös begründeter Extremismus.

Rothkegel, Sibylle. 2021. Analyse #1: Selbstfürsorge und Psychohygiene von Berater*innen im Kontext der selektiven und indizierten Extremismusprävention. <https://kn-ix.de/publikationen/analyse-1/>. Berlin: Violence Prevention Network gGmbH.

Impulse

Neuhauser, Bastian. 2023. Impuls #9: LGBTQ*-Feindlichkeit in islamistischen Diskursen am Beispiel von TikTok-Videos. <https://kn-ix.de/publikationen/impuls-9/>. Berlin: Violence Prevention Network gGmbH.

Koch, Paul. 2023. Impuls #8: Ein „gerechter islamischer Staat“? Die Herrschaft der Taliban als Projektionsfläche. <https://kn-ix.de/publikationen/impuls-8/>. Berlin: Violence Prevention Network gGmbH.

Haase, Volker. 2023. Impuls #7: STRESS PUR – die Funktion von Radikalisierung im Kontext der Bindungstheorie. <https://kn-ix.de/publikationen/impuls-7/>. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft religiös begründeter Extremismus.

Abay Gaspar, Hande und Manjana Sold. 2022. Impuls #6: Der Ukraine-Krieg in der islamistischen Propaganda. <https://kn-ix.de/publikationen/impuls-6/>. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft religiös begründeter Extremismus.

Ali, Rami und Fabian Reicher. 2022. Impuls #5. Ansätze zum Online-Campaigning. Ein Praxisbericht über die Online-Kampagne von Jamal al-Khatib – Mein Weg! anlässlich der erneuten Machtübernahme der Taliban in Afghanistan. <https://kn-ix.de/publikationen/impuls-5/>. Berlin: Violence Prevention Network gGmbH.

Vale, Gina. 2022. Impuls #4: Gender-sensitive approaches to minor returnees from the so-called Islamic State. <https://kn-ix.de/publikationen/impuls-4/>. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft religiös begründeter Extremismus.

Lakbiri, Assala. 2022. Impuls #3: Apokalyptisches Denken im islamistischen Extremismus. <https://kn-ix.de/publikationen/impuls-3/>. Berlin: Violence Prevention Network.

Nadar, Maïke und Saloua Mohammed M'Hand. 2021. Impuls #2: Menschenrechtsbasierte Radikalisierungsprävention – ein Entwurf aus der Sozialen Arbeit. <https://kn-ix.de/publikationen/impuls-2/>. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft religiös begründeter Extremismus.

Schubert, Kai E. 2021. Impuls #1: Reflexionen über den Nahostkonflikt als Thema der selektiven und indizierten Präventionsarbeit. <https://kn-ix.de/publikationen/impuls-1/>. Berlin: Violence Prevention Network gGmbH.

Sonstige Publikationen

Kompetenznetzwerk „Islamistischer Extremismus“. 2022. KN:IX Report 2022: Herausforderungen, Bedarfe und Trends im Themenfeld. <https://kn-ix.de/publikationen/report-2022/>.

Kompetenznetzwerk „Islamistischer Extremismus“. 2021. Wer, wie, was – und mit welchem Ziel? Ansätze und Methoden der universellen Islamismusprävention in Kommune, Schule, Kinder- und Jugendhilfe, außerschulischer Bildung, Elternarbeit, Psychotherapie und Sport. <https://knix.de/publikationen/wer-wie-was-und-mit-welchem-ziel/>. Berlin: ufuq.de.

Kompetenznetzwerk „Islamistischer Extremismus“. 2021. Handreichung zur digitalen Distanzierungsarbeit. Erkenntnisse, Expertisen und Entwicklungspotenziale. <https://kn-ix.de/publikationen/handreichung-zur-digitalen-distanzierungsarbeit/>. Berlin: Violence Prevention Network gGmbH.

Kompetenznetzwerk „Islamistischer Extremismus“. 2021. KN:IX Report 2021: Herausforderungen, Bedarfe und Trends im Themenfeld. <https://knix.de/publikationen/report-2021/>.

Kompetenznetzwerk „Islamistischer Extremismus“. 2021. Online: Beratung und Begleitung in der pädagogischen Praxis. Methodenfächer. <https://kn-ix.de/publikationen/methodenfacher-2021/>. Berlin: Violence Prevention Network gGmbH.

Kompetenznetzwerk „Islamistischer Extremismus“. 2020. KN:IX Report 2020: Herausforderungen, Bedarfe und Trends im Themenfeld. <https://kn-ix.de/publikationen/report-2020/>.

Impressum

Herausgegeben im Rahmen des Kompetenznetzwerks „Islamistischer Extremismus“ (KN:IX)

Verantwortlich:

Bundesarbeitsgemeinschaft religiös begründeter Extremismus e. V.

Jamuna Oehlmann, Rüdiger José Hamm
(Geschäftsführung)

Oranienstraße 58, 10969 Berlin

Tel: +49 (0)30 921 262 89
info@bag-relex.de
www.bag-relex.de

Redaktion: Rüdiger José Hamm, Ulrike Hoole
Lektorat:
Susanne Reinhold | www.reinhold-lektorat.de
Gestaltung: part | www.part.berlin
Druck: Onlineprinters

Stand: 12.09.2023
© BAG ReEx

Das Kompetenznetzwerk „Islamistischer Extremismus“ wird gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“ und im Fall der Bundesarbeitsgemeinschaft religiös begründeter Extremismus kofinanziert durch die Bundeszentrale für politische Bildung, die Landeskommision Berlin gegen Gewalt sowie im Rahmen des Landesprogramms „Hessen aktiv für Demokratie und gegen Extremismus“.

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung der Fördergeber dar. Für inhaltliche Aussagen tragen die Autor*innen die Verantwortung.

Ansprechpartner*innen im Kompetenznetzwerk:

BAG ReEx

Jamuna Oehlmann
jamuna.oehlmann@bag-relex.de

Rüdiger José Hamm
ruediger.hamm@bag-relex.de

ufuq.de

Dr. Götz Nordbruch
goetz.nordbruch@ufuq.de

Violence Prevention Network gGmbH

Franziska Kreller
franziska.kreller@violence-prevention-network.de

E-Mail: info@kn-ix.de
Web: www.kn-ix.de



BAG ReIEx]

Bundesarbeitsgemeinschaft
religiös begründeter Extremismus e.V.

ufuq.de

Pädagogik, politische Bildung
und Prävention in der
Migrationsgesellschaft



Violence
Prevention Network