

Interkulturelle traumazentrierte Psychotherapie unter Einbeziehung eines professionellen Sprach- und Kulturvermittlers

Meryam Schouler-Ocak

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin, Deutschland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article were reported.

Summary

Intercultural trauma-centred psychotherapy involving an expert councillor in language and culture

Psychotherapy outcomes can essentially be influenced by the diverse concepts of illness and health, traditional values and beliefs, as well as by the specific cultural factors.

Psychotherapy in native languages cannot be implemented because the number of qualified psychotherapists who speak a native language is insufficient. It is not possible that every psychotherapist is familiar with culturally specific factors and the language of his patients. Therefore, working with trained interpreters is of great importance. This setting reduces the barrier to treatment of trauma-centred cross-cultural psychotherapy with a professionally trained interpreter. Additionally, it decreases the gap of treatment of traumatised patients with migratory background.

Key words: cross-cultural psychotherapy; professionally trained interpreter; trauma-focused psychotherapy; patient with migratory background

Einführung in die Thematik

Laut Mikrozensus 2012 lag im Jahr 2011 die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund¹ bei knapp 16 Millionen [1]. Dies entsprach einem Anteil von 19,6% der Gesamtbevölkerung in Deutschland. Hinter dieser «Bevölkerungsgruppe» verbergen sich vielfältige heterogene Gruppen, also Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten in verschiedenen Ländern, aus verschiedenen Generationen, mit unterschiedlichen Bildungsniveaus und sozioökonomischen Lebensumständen. Bereits seit den 1990er Jahren wurden Barrieren zum und im Gesundheitswesen, die eine qualitativ gleichwertige Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund behindern, beschrieben. Es wurde unter anderem eine zahlenmässig meist verringerte Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund dokumentiert [2, 3]. Verantwortlich für diese Versorgungssituation wurden unterschiedliche Faktoren wie fehlende Information bezüglich des Gesundheitssystems, Konflikte im aufenthaltsrechtlichen Bereich, Verständigungsschwierigkei-

ten und «kulturelle» Missverständnisse [4, 5] gemacht, die zu Unter-, Über- und Fehlversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit dadurch zum Teil zu erheblich erhöhten Kosten für Therapie und Pflege führen [6]. Darüber hinaus spielt der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die subjektive Gesundheit von Migranten auch eine bedeutsame Rolle. Denn Personen mit Diskriminierungserfahrungen sind nach einer Untersuchung von Igel et al. [7] signifikant schlechter in ihrer Gesundheit. Stigmatisierung und Scham bilden weitere Ursachen für eine Unterversorgung zumindest von einigen Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund mit psychischen Störungen [8].

In zahlreichen Studien wird berichtet, dass kulturelle Aspekte, psychosoziale und migrationspezifische Faktoren die Prävalenz, die Manifestation und den Verlauf seelischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund beeinflussen [9–16]. Cantor-Graae und Selten [16], Selten et al. [15], Morgan et al. [13] und Van Os et al. [10] sowie Veling [9] berichten sogar, dass Belastungsfaktoren im Rahmen des Migrationsprozesses wichtige Risikofaktoren für die Ätiologie schizophrener Störungen darstellen. Veling et al. [14], van Os et al. [10] und Morgan et al. [13] teilen ausserdem mit, dass neben den bekannten psychosozialen Risikofaktoren auch die Erziehung und das Leben in städtischen Regionen zu den Risikofaktoren für die Entstehung einer Schizophrenie zu zählen sind. Zudem wird berichtet, dass die ethnische Dichte der Stadtteile, in denen Menschen mit Migrationshintergrund leben, ebenfalls als ein Risikofaktor betrachtet wird. So stellten Veling et al. [14] fest, dass die Inzidenz psychotischer Erkrankungen unter Menschen mit Migrationshintergrund signifikant erhöht war, wenn sie in Stadtvierteln Den Haags mit geringer ethnischer Dichte ihrer eigenen ethnischen Gruppe lebten.

Die Datenlage bezüglich der psychischen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund sind uneinheitlich und heterogen [11]. Die Reanalyse des Bundesgesundheits surveys 1998/1999 hatte ergeben, dass bei Ausländern im Gegensatz zu Einheimischen eine insgesamt signifikant höhere Prävalenzrate von psychischen Störungen dokumentiert wurde [11]. Insbesondere wurden signifikant höhere Lebenszeitprävalenzen psychischer Störungen (gesamt)

Korrespondenz:
Meryam Schouler-Ocak, MD
Psychiatrische Universitätsklinik der Charité
im St. Hedwig-Krankenhaus
Grosse Hamburger Strasse 5–11
D-10115 Berlin
Deutschland
meryam.schouler-ocak[at]charite.de

1 «Menschen mit Migrationshintergrund» meint heutzutage in Deutschland alle Menschen, die nach 1949 in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie alle in Deutschland geborenen AusländerInnen und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugezogenen oder als AusländerIn in Deutschland geborenen Elternteil (Statistisches Bundesamt 2011).

für affektive Störungen und somatoforme Störungen gefunden [11]. Postuliert wurde, dass unter besonderen Bedingungen das Erkrankungsrisiko besonders hoch ist. Zu diesen zählen z.B. Asylverfahren, Bildungsferne, Armut und «Ethnic Density», ethnische Dichte in Wohnbezirken, in denen die Betroffenen leben [7, 14, 17]. Bei bestimmten Subgruppen wie z.B. alkoholabhängigen Menschen mit Migrationshintergrund aus der ehemaligen UdSSR und Flüchtlingen aus Bürgerkriegsregionen wird zudem berichtet [3, 18], dass auch sie offensichtlich ein höheres Erkrankungsrisiko haben [19].

Epidemiologie

McFarlane und Yehuda [20] betonen, dass sich eine posttraumatische Belastungsstörung nicht als unmittelbare Folge eines Ereignisses entwickelt, sondern die Störung entsteht vielmehr aus dem Muster des akuten «Distresses», der durch das Ereignis ausgelöst wird [20]. Dabei wird davon ausgegangen, dass unterschiedliche Risikofaktoren Einfluss auf die Entstehung haben. Es handelt sich hierbei um objektive Risikofaktoren wie Art, Intensität, Dauer des traumatischen Ereignisses, Ausmass der physischen Verletzung, durch Menschen verursachte Traumatisierung, ständiges Erinnert werden an das Geschehen (Triggerung). Zu den subjektiven Risikofaktoren zählen unerwartetes Eintreten des traumatischen Ereignisses, geringer Grad der eigenen Kontrolle über das Geschehen, Schulterleben und Ausbleiben fremder Hilfe. Darüber hinaus gelten Jugendliche oder hohes Alter, Zugehörigkeit zu einer sozialen Randgruppe, niedriger sozioökonomischer Status, mangelnde soziale Unterstützung und familiäre Vorbelastung mit traumatischen Erfahrungen zu den individuellen Risikofaktoren [21]. Nach Ehlers [22] hängt die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung von der Häufigkeit traumatischer Ereignisse und der Art des Traumas ab. Er beschreibt, dass die Prävalenz nach einer Vergewaltigung bei ca. 50%, nach anderen Gewaltverbrechen bei ca. 25%, bei Kriegsopfern bei ca. 20% und bei Verkehrsoptionen bei ca. 15% liegt.

Trauma und Migration

Trauma und Migration können in mehrfacher Hinsicht miteinander verknüpft sein. So sind Betroffene z.T. in ihren Heimatländern mit Ereignissen konfrontiert, die mit Krieg, Flucht, Vertreibung und sehr häufig mit sexualisierter Gewalt einhergehen. Häufig sind diese Erlebnisse Grund für die Auswanderung in ein anderes, oft völlig fremdes Land. Zum anderen sind Menschen, die ihre Heimat verlassen, auch in der Folge dieser Auswanderung mit einer Reihe belastender Ereignisse konfrontiert [23, 24]. Gilgen et al. [25] untersuchten verschiedene Migrantengruppen in der Schweiz und konnten zeigen, dass Bedingungen und Ereignisse nach der Migration einen schwerwiegenden Einfluss auf die psychische Befindlichkeit der Betroffenen haben. So gaben 50% der befragten türkischen/kurdischen Migranten an, nach der Migration Phasen extremer Verzweiflung und Suizidgedanken erlebt zu haben [25]. Vor der Migration berich-

teten nur 12% Belastungen dieser Art. Inzwischen liefern einige Studien Befunde dafür, dass Migranten ein höheres Risiko in Bezug auf traumatische Erlebnisse und die Ausbildung einer PTSD aufweisen. Al-Safar et al. [26] untersuchten in Stockholm drei Migrantengruppen (Araber, Iraner, Türken) und verglichen diese mit schwedischen Staatsbürgern. Von allen Probanden haben 89% mindestens ein Trauma erlebt. Es zeigte sich, dass die PTSD-Prävalenz in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit variierte. Bei 69% der iranischen Migranten, 59% der Araber, 53% der Türken und nur 29% der Schweden lag ein Verdacht auf PTSD vor [26]. Den Ergebnissen zufolge erhöhen nicht nur mehrfache traumatische Erlebnisse die Wahrscheinlichkeit, eine PTSD auszubilden, sondern auch die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit stellt einen Risikofaktor dar [21].

Tagay et al. [17] berichten, dass PTSD in der Primärversorgung häufig vorkommt, jedoch nur selten diagnostiziert wird. Statt dessen werden andere psychische Störungen diagnostiziert, die komorbid mit einer PTSD auftreten [27]. Ein häufig genannter Grund für die schlechte Erkennungsrate der PTSD liegt wohl daran, dass die Patienten selbst den Zusammenhang zwischen einer Traumatisierung und ihrer Erkrankung nicht erkennen oder benennen können [28]. Daher befinden sich laut Tagay et al. [17] Hausärzte in einer Schlüsselposition. Eine geeignete Diagnostik und Behandlung der PTSD kann die Folgen für die Betroffenen deutlich verbessern [28]. Unter Flüchtlingen wurde berichtet, dass eine Traumatisierungsrate von über 20% bestehe [23]. Von Lerner et al. [24] berichteten dagegen sogar, dass bei Einreise in die Bundesrepublik unter den Flüchtlingen aus Bürgerkriegsregionen die Traumatisierungsrate bei etwa 40% vorliege. Crumlish et al. [29] stellten in einem systematischen Review fest, dass bei Flüchtlingen und Asylbewerbern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung die PTSD um ein 10-Faches häufiger vorkommen.

Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung

Die in ICD-10 und DSM-IV formulierten Kriterien decken nicht das gesamte Spektrum traumabedingter Störungen ab. So gibt es noch eine grössere Anzahl von Störungsbildern, die im Zusammenhang mit traumatischen Einwirkungen entstehen können [30]. Nach Sack [31] kann eine Fülle von Symptomen, die sonst als komorbide Störungsbilder zu klassifizieren wären, mit Hilfe der diagnostischen Kategorie auf ein einheitliches ätiologisches Modell bezogen werden. Die ergänzende Exploration durch einen erfahrenen Kliniker bildet daher einen wesentlichen Bestandteil des diagnostischen Prozesses. Für die Diagnostik der psychischen Reaktionen auf extreme Belastungen liegen inzwischen eine Reihe von bewährten Fragebögen und strukturierte Interviews, z.B. «Impact of event scale revision» (IES-R), «Structured Clinical Interview for DSM-PTSD» (SCID-PTSD) oder «Fragebogen für dissoziative Störungen» (FDS), vor [32]. Nach eigener Erfahrung eignen sich diese psychometrischen Instrumente für die Diagnostik bei Menschen aus anderen Kulturen in der Praxis nur eingeschränkt. Die wenigen Übersetzungen sind häufig nicht in den entsprechenden

Kulturkreisen validiert. Diese sind in der Regel im Hinblick auf Begriffe wie Krankheit, Krankheitssymptome, Krankheitskonzepte und Mentalität spezifisch für die westliche Kultur und daher nur bedingt auf andere kulturelle Verhältnisse übertragbar. Dies macht das Dilemma der Testdiagnostik im Bereich der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie deutlich. Zusätzlich können diese Verfahren bei mangelnden Sprachkenntnissen eingeschränkt eingesetzt werden.

Spezielle Aspekte im interkulturellen Behandlungsprozess

Die Erhebung eines verwertbaren Gesamtbildes des körperlichen und seelischen Zustandes bei Menschen mit Migrationshintergrund gelingt oftmals auf dem Wege der interkulturellen Kommunikation [33]. Kenntnisse über kultur-, krankheits- und migrationsspezifische sowie biographische Aspekte sind dabei unerlässlich. Der Einsatz eines professionell ausgebildeten, qualifizierten Dolmetschers, als Sprach- und Kulturvermittler, kann die Verständigung in der Diagnostik und Therapie [34] ermöglichen. Ohne Verständigungsmöglichkeiten sind Anamneseerhebung, Diagnostik und Therapie nur schwer durchführbar und im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungskontext nahezu unmöglich. In einer Pilotstudie in 12 grossen Einrichtungen gaben die Behandler teams mit 27% sprachgebundene, mit 38% kulturgebundene und mit 44% kultur- und sprachgebundene Verständigungsprobleme mit ihren Patienten mit Migrationshintergrund an [3]. Welche Auswirkungen dies nach sich ziehen kann, machen z.B. Ergebnisse einer Untersuchung bei Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund und einheimisch deutschen Patientinnen in einer Berliner Frauenklinik deutlich [35]. Geringe Deutschkenntnisse von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund korrelierten mit einer schlechten Informiertheit bezüglich Diagnose und Behandlung sowie mit einem Informationsverlust während eines stationären Aufenthaltes und den damit einhergehenden therapeutischen Aufklärungsprozessen [35]. Verständigungsprobleme im therapeutischen Kontext führen ausserdem zu geringeren Arztkonsultationen, einem geringeren Verständnis ärztlicher Erläuterungen, häufigeren Laboruntersuchungen und vermehrten Inanspruchnahmen von Rettungstellen [36].

Neben einer guten sprachlichen Verständigung ist zur Vermeidung von Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen und von Frustrationen notwendig, unterschiedliche Erklärungsmodelle hinsichtlich Ursache, Verlauf und Heilung bestimmter gesundheitlicher Probleme zu beachten [37, 38]. Die zur Beschreibung der jeweiligen Krankheiten eingesetzten Begriffe können im speziellen kulturellen Kontext eine durchaus andere Bedeutung annehmen. Zudem unterliegen Erklärungsmodelle und Behandlungserwartungen je nach kulturellem Wandel, traditionellen Elementen, persönlichen Erfahrungen und Informationen aus dem sozialen Umfeld oder den Medien einem ständigen Wandel [39]. Zudem können Betroffene und Angehörige während einer Krankheitsepisode jeweils spezifische Vorstellungen in Bezug auf Ursache, Symptome, Entstehungsmechanismen, Krank-

heitsverlauf und potentielle Behandlungsoptionen haben [37, 38]. Erklärungsansätze können einerseits zwischen unterschiedlichen kulturellen Kontexten differieren, andererseits aber zum Beispiel auch schicht-, alters- oder geschlechtsspezifisch sein [40]. Diese Vorstellungen befinden sich in einem dynamischen Prozess und können sich auch gegenseitig beeinflussen. So können sich auch Erfahrungen verändern [39]. Auch in den Kultur- und Sozialwissenschaften wird Kultur nicht als Festschreibung und abgeschlossene Entität aufgefasst, sondern als etwas Komplexes, Dynamisches und Hybrides [41].

Im Anhang F des DSM-VI-TR [42] befindet sich ein Vorschlag über einen Leitfaden zur kultursensiblen Anamneseerhebung und Therapie. Dessen Anwendung ermöglicht eine systematische Betrachtung des soziokulturellen Hintergrundes von Patienten mit Migrationshintergrund und erleichtert daher die Arbeit mit ihnen.

Arbeit mit Dolmetschern (Sprach- und Kulturvermittlern)

Die interkulturelle Behandlung kann nur gelingen, wenn auch für Patienten mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache ein angemessener Zugang zur Behandlung gewährleistet werden kann. Denn nicht alle Menschen mit Migrationshintergrund verfügen über ausreichende Deutschkenntnisse im Bereich von Körper, Psyche, Gesundheit, Befinden und Sexualität [43]. Diese Zugangsbarriere lässt sich durch Hinzuziehung von professionellen Sprach- und Kulturvermittlern überwinden. Die Arbeit mit professionellen Sprach- und Kulturvermittlern setzt voraus, dass die Therapeuten und Dolmetscher das Setting des gedolmetschten Gesprächs beherrschen. Geschulte professionellen Sprach- und Kulturvermittler sind z.B. in Berlin über den Gemeindedolmetscherdienst (<http://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de/>) rekrutierbar. In anderen grösseren Städten wie Hannover, Hamburg und München stehen ebenfalls professionelle Dolmetscherdienste zur Verfügung. In einigen grösseren Kliniken werden bilinguale Mitarbeiter zu Dolmetscherdiensten geschult [44]. Diese Daten machen Hoffnung darauf, dass der Einsatz von Sprach- und Kulturvermittlern irgendwann routinemässig erfolgen kann, wenn Verständigungsprobleme bestehen. Daher sollten Leitfäden für den professionellen Einsatz von Sprach- und Kulturvermittlern nicht nur von diesen, sondern von allen Therapeuten verinnerlicht werden. Dadurch können die Möglichkeiten einer dolmetschergestützten Behandlung genutzt werden [45]. Die Bezeichnung Sprach- und Kulturvermittler beinhaltet in diesem Zusammenhang eine terminologische Unklarheit in Abgrenzung zu dem gängigeren Begriff des Dolmetschers [38]. Hierbei wird davon ausgegangen, dass es eine Ebene der Verständigung in interkulturellen Kontexten gibt, die über das Verbale hinausgeht [38, 46, 47]. So kommt es darauf an, mithilfe von diesen, kulturelle Differenzen, die den Sprachdifferenzen immanent sind, zu erkennen und sie einer Bearbeitung zugänglich zu machen. Nach Penka et al. [38] wird dabei darauf zurück gegriffen, dass Sprach- und Kulturvermittler über ein kulturelles Wissen verfügen, dass sie in das Behandlungssetting einbringen

und auftretende kulturelle Differenzen und daraus resultierende Missverständnisse klären können. Die Aufgabe der Therapeuten besteht darin, dieses Wissen in den therapeutischen Prozess zu integrieren [38, 46, 47]. Dies setzt auch eine Offenheit und Neugier gegenüber anderen Symbolisierungen voraus [48].

In diesem Setting ist es demnach unzutreffend, den Dolmetscher rein als mechanischen Sprachvermittler anzusehen [46, 47], da auch er wie die Therapeuten in die Übertragung des Patienten mit einbezogen wird und seinerseits auch Gegenübertragungsphänomene auslösen kann. Hier auf zu achten ist deshalb äusserst wichtig, da sonst entscheidende, den Therapieverlauf beeinflussende Faktoren unbemerkt bleiben. Zudem können die Möglichkeit und die Gefahr einer stellvertretenden Traumatisierung der Dolmetscher übersehen werden [49]. Der therapeutische Prozess kann gestört sein und stagnieren, wenn Asymmetrien in dem Beziehungssystem der Beteiligten, Therapeut, Dolmetscher und Patient mit Migrationshintergrund, entstehen. In einem solchen Setting befinden sich nicht zwei Personen, sondern drei Personen im therapeutischen Raum. Sie kommunizieren in mindestens zwei verschiedenen verbal gesprochenen Sprachen. Es entsteht ein komplexes Gefüge aus emotionalen, kognitiven und Interaktionsebenen, die ein solches Setting schwer überschaubar erscheinen lassen können [34, 46, 47]. Dieser therapeutische Raum bildet einen transkulturellen Übergangsraum, der als geschützter Raum die Spannungen und Differenzen aushaltbar werden lässt und einer «gemeinsamen Sprache» den Weg ebnet [48, 50].

Die ungeklärte Kostenübernahme stellt in Deutschland eine wesentliche Ursache für den geringen Einsatz von professionellen Sprach- und Kulturvermittlern dar [51].

Interkulturelle traumazentrierte Psychotherapie

Neben kulturellen können sprachliche, religiöse und ethnische Missverständnisse in der interkulturellen Psychotherapie eine Rolle spielen [5]. Für die interkulturelle Psychotherapie ist insbesondere die Notwendigkeit des Joining, der Bereitschaft der Therapeuten, sich in die Lebenswelt der Patienten und ihrer Familien mit Migrationshintergrund einzufühlen und hineinzubegeben, unverzichtbar [52]. Wenn Therapeut und Patient unterschiedlichen kulturellen Kontexten angehören, können zwei Arten von Voreinstellungen vorkommen. So können Unterschiede zwischen den kulturellen Kontexten überbetont werden, im Extremfall würde sogar ein einheimischer Therapeut eine Psychotherapie für unmöglich erachten. Unterschiede können aber auch verleugnet werden, so dass dadurch der Einfluss der kulturell geprägten sozialen Lebensumstände auf die Patienten ignoriert würde. Beide Haltungen werden als problematisch angesehen [53]. Die interkulturelle traumazentrierte Psychotherapie meint die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen mit Migrationshintergrund. Sie setzt voraus, dass die Therapeuten auch über interkulturelle Kompetenz verfügen. Die interkulturelle Kompetenz ist dabei als eine Komponente der sozialen Kompetenz zu verstehen. Denn Wahrnehmen, Urteilen und Handeln sind immer auch kulturell bedingt [54]. Offenheit, Interesse und

respektvolle Neugier auf Ungewohntes stellen nach Oesterreich und Hegemann [55] die Grundpfeiler interkultureller Kompetenz dar. Interkulturelle Kompetenz beinhaltet auch die Fähigkeit mit Sprach- und Kulturvermittlern arbeiten zu können, das Beachten und Erkennen von «Idioms of distress» (lokaltypische Symptommuster) und das Beachten der Krankheitsverständnisse und Behandlungserwartungen der Patienten sowie das Ausarbeiten kulturell passender Erklärungen und Behandlungsangebote [56]. Bei der interkulturellen traumazentrierten Psychotherapie ist es zu Beginn unerlässlich, ein regressionsförderndes Behandlungsetting zu vermeiden. Dadurch können Angst vor Kontrollverlust, Ohnmacht und Hilflosigkeit vermieden werden. Aufklärung, Informationsvermittlung und Stabilisierung sind daher die wichtigsten Techniken zu Beginn der traumazentrierten Psychotherapie [57]. Dabei sind Empathie und Verständnis des Psychotherapeuten wichtige Voraussetzungen für ein angstfreies und vertrauensvolles Behandlungsklima. Während der Therapie können beim Therapeuten polarisierende Gefühle, Gedanken, Phantasien und Wertungen auftreten, die die Empathie und das Verständnis dem traumatisierten Patienten mit Migrationshintergrund gegenüber stark beeinflussen können [57, 58]. Dadurch kann die Distanz des Therapeuten wechseln. So wird berichtet, dass Gründe für eine zu grosse Distanz des Therapeuten unzureichende Kenntnisse und Erfahrung in der Psychotraumatologie, unzureichende historische Kenntnisse, idealisiertes Weltbild und Abwehr eigener traumatischer Erfahrungen sein können. Dagegen können Überwältigt sein von Empathie, Schuld und Schamgefühle, Furcht vor Identifizierung mit dem Täter und unbewältigte eigene traumatische Erfahrungen Gründe für eine zu geringe Distanz (Überidentifizierung) sein [57, 58]. In diesem Zusammenhang kann es sich schwierig gestalten, die Position einer «grösstmöglichen Empathie und einer grösstmöglichen Distanz» [57, 59] oder einer «kontrollierten Identifikation» [57, 60] einzunehmen. Gerade aus diesen Gründen ist eine begleitende Supervision unerlässlich. In einem Setting unter Hinzuziehung eines professionellen Sprach- und Kulturvermittlers gilt dies selbstverständlich auch für den Dolmetscher. Dass heisst, auch der Dolmetscher benötigt regelmässig eine Supervision, um die Übertragungs-, Gegenübertragungsreaktionen und die belastenden Inhalte verarbeiten zu können.

Die traumazentrierte Psychotherapie besteht aus vier Phasen [61]. In der ersten Phase geht es um die Anamnese, die Diagnostik, den Beziehungsaufbau und die Entwicklung eines Behandlungsplans. In der Stabilisierungsphase erfolgt Förderung der Wahrnehmung eigener Ressourcen durch Aufbau von Kontrolle und Steuerung äusserer und innerer Prozesse der Psyche und des eigenen Körpers, Relativierung von Selbstanklagen und negativen Symptombewertungen durch positives Umdenken als «damals» sinnvolle Schutz- und Überlebensmechanismen (u.a. innerer sicherer Ort). Bei der Traumaexpositionsphase erfolgt die Bearbeitung des traumatischen Ereignisses unter Anwendung verschiedener Methoden wie Verhaltenstherapie, Screen-/Bildschirm-Technik und/oder EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) [62]. In der vierten Phase erfolgt Betrauern und Wut über das Erlebte. Abschied kann genommen werden von nie Gehabtem oder Verlorenem. Erst dann kön-

nen Aufbau und Entwicklung von neuen Lebensinhalten, -formen und Perspektiven folgen.

Bei der interkulturellen traumazentrierten Psychotherapie sollte berücksichtigt werden, dass Ressourcen und Coping-Strategien je nach kulturellem Hintergrund der Betroffenen mit Migrationshintergrund auch unterschiedlich sein können. Dies betrifft insbesondere Fähigkeiten der Betroffenen, die ihnen geholfen haben, die belastenden Erfahrungen zu überleben oder gar zu bewältigen, welche Stärken sie notgedrungen entwickeln mussten, wie sie es bis zur Therapie geschafft haben, mit den Symptomen zu leben, was ihnen die Zuversicht und Kraft für die Therapie gibt. In der traumazentrierten Psychotherapie geht es nicht nur um die Nachverarbeitung von Information, sondern auch um die Reintegration nicht mehr verfügbarer Ressourcen, die durch das Trauma blockiert oder in Überlebensstrategien und Reinszenierungen traumatischer Verhaltensmuster gebunden sind [63, 64].

Durch wiederholte, kontrollierte Exposition der traumatischen Erinnerungen in einem geschützten therapeutischen Kontext wird die pathologische Reaktion abgeschwächt [63]. Die traumazentrierte Psychotherapie bei Patienten mit Migrationshintergrund unter Hinzuziehung eines professionellen Sprach- und Kulturvermittlers stellt somit eine Herausforderung und Chance zugleich dar.

Supervision

Der Psychotherapeut sollte sich selbst nicht vernachlässigen. Gut funktionierende Stabilisierungsmaßnahmen, Psychohygiene und Supervision sind bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen, egal welcher Herkunft, unverzichtbar. Dies gilt im Besonderen auch für die professionellen Sprach- und Kulturvermittler. Die berichteten Erlebnisse und Ereignisse können diese ebenfalls persönlich stark berühren und beeinflussen, bis hin zu traumatisieren. Denn gerade in der Arbeit mit traumatisierten Menschen besteht die Gefahr der sekundären bzw. stellvertretenden Traumatisierung, wie sie von Pross [49] beschrieben wird. Während in der interkulturellen Psychotherapie die Hinzuziehung eines professionellen Sprach- und Kulturvermittlers gut beschrieben wird [34, 46, 47, 51], sind Publikation über die Hinzuziehung von professionellen Sprach- und Kulturvermittlern in der interkulturellen traumazentrierten Psychotherapie rar. Bisherige Veröffentlichungen fokussieren dieses speziellen Setting nicht. Auch wenn die Supervision von Haans et al. [65] als eine universelle Methode betrachtet wird, ist sie in der Lage, Therapeuten zu helfen, effektiv ihre professionellen Fertigkeiten zu erweitern.

Abschliessende Überlegungen

Eine muttersprachliche traumazentrierte Psychotherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund scheitert im Allgemeinen an der geringen Anzahl qualifizierter Therapeuten, so dass in der Regel eine interkulturelle Behandlung gefragt ist. Da nicht in ausreichender Zahl Therapeuten mit entsprechenden Sprach- und Kulturkompetenzen zur Verfügung

stehen, stellt die interkulturelle traumazentrierte Psychotherapie unter Einbeziehung von professionell ausgebildeten Kultur- und Sprachvermittlern eine gute Alternative dar. Hierbei geht es nicht nur um die Überwindung von Sprachbarrieren, sondern auch um komplexere Verständigungsprobleme, die auf unterschiedlichen Erklärungsmustern bezüglich der Ursachen, Kennzeichen und Therapieoptionen basieren können. Dieses Setting stellt einen Zugang für traumatisierte Menschen mit Migrationshintergrund zur interkulturellen Psychotherapie dar und trägt damit zur Verminderung der Versorgungslücke bei.

Literatur

- 1 Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Fachserie 1, Reihe 2.2, Wiesbaden, 2012.
- 2 Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. Mental health care for migrants. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2008;58:123–9.
- 3 Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe «Psychiatrie und Migration» der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt.* 2008;79(3):328–39.
- 4 Wohlfahrt E, Zaumseil M (Hrsg.). *Transkulturelle Psychiatrie – interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis.* Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2006.
- 5 Schouler-Ocak M, Reiske S-L, Rapp M, Heinz A. Cultural factors in the diagnosis and treatment of traumatised migrant patients from Turkey. *Transcult Psychiatry.* 2008;45(4):652–70.
- 6 Brucks U, Wahl WB. Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde T, David M (Hrsg.). *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen.* Frankfurt: Mabuse; 2003. p. 15–34.
- 7 Igel U, Brähler E, Grande G. Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von Migranten. *Psychiatr Prax.* 2010;37:183–90.
- 8 Schomerus G. Obstacles in the way-stigma and help-seeking. *Psychiatr Prax.* 2009;36:53–4.
- 9 Veling W. Ethnic minority position and risk for psychotic disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2013;26(2):166–71.
- 10 Van Os J, Kenis G, Rutten BPF. The environment and schizophrenia. *Nature.* 2010;468:203–12.
- 11 Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax.* 2010;37:225–32.
- 12 Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Rapp MA, Heinz A. [Transcultural aspects of depression]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz.* 2008;51(4):436–42.
- 13 Morgan C, et al. Migration, Ethnicity, and Psychosis: Toward a Sociodevelopmental Model. *Schizophrenia Bulletin.* 2010;36(4):655–64.
- 14 Veling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HD. Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry.* 2008;165(1):66–73.
- 15 Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2007;20(2):111–5.
- 16 Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry.* 2005;162:12–24.
- 17 Tagay S, Zararsiz R, Erim Y, Düllmann S, Schlegel S, Brähler E, et al. Traumatische Ereignisse und Posttraumatische Belastungsstörung bei türkischsprachigen Patienten in der Primärvorsorge. *Psychother Psych Med.* 2008;58:155–61.
- 18 Laban CJ, Komproe IH, Gernaat HB, de Jong JT. The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(7):507–15.
- 19 Assion HJ (Hrsg.). *Migration und seelische Gesundheit.* Berlin: Springer; 2005.
- 20 McFarlane AC, Yehuda R. Widerstandskraft, Vulnerabilität und der Verlauf posttraumatischer Reaktionen. In: Van der Kolk B, McFarlane C, Weisaeth L (Hrsg.). *Traumatic Stress.* 2000:141–168.
- 21 Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol.* 1998;107:508–19.
- 22 Ehlers A. *Posttraumatische Belastungsstörung.* Göttingen: Hogrefe; 1999.
- 23 Gierlichs HW. Begutachtung psychotraumatisierter Flüchtlinge. *Deutsches Ärzteblatt.* 2003;100(34–35):1098.
- 24 Von Lersner U, Wiens U, Elbert T, Neuner F. Mental health of returnees: refugees in Germany prior to their state-sponsored repatriation. *BMC Int Health Hum Rights.* 2008;12(8):8.

- 25 Gilgen D, Maeusezahl D, Gross, et al. Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. *Health Place*. 2005;11(3):261–73.
- 26 Al-Saffar S, Borgia P, Edman G, Hallstrom T. The aetiology of Posttraumatic stress disorder in four ethnic groups in outpatient psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;38(8):456–62.
- 27 Katzman MA, Struzik L, Vivian LL, et al. Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: a family practitioners guide to management the disease. *Expert Rev Neurother*. 2005;5:129–39.
- 28 Carey PD, Stein DJ, Zungu-Dirwayi N, Seedat S. Trauma and posttraumatic stress disorder in an urban Xhosa primary care population: prevalence, comorbidity, and service use patterns. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191:230–6.
- 29 Crumlish N, O'Rourke K. A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198:4:237–51.
- 30 Wöller W, Siol T, Liebermann P. Traumaassoziierte Störungsbilder neben der PTSD. In: Flatten G, Hofmann A, Liebermann P, Wöller W, Siol T, Petzhold E (Hrsg.). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Stuttgart: Schattauer; 2001.
- 31 Sack M. Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt*. 2004;75:451–9.
- 32 Hofmann A, Liebermann P, Flatten G. Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung. Flatten G, Hofmann A, Liebermann P, Wöller W, Siol T, Petzhold E (Hrsg.). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Stuttgart: Schattauer; 2001.
- 33 Schouler-Ocak M. Posttraumatische Belastungsstörung – Bedeutung in der Begutachtung im interkulturellen Feld. In: Collatz, J., Hackhausen, W., Salam, R. (Hrsg.). *Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialrechtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland*. Forum Migration Gesundheit Integration, Band 1, VVN – Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1999. p. 233–42.
- 34 Kluge U. Sprach- und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In: In W. Machleidt, A. Heinz (Hrsg.). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier. 2011. p. 145–54.
- 35 Pette M, Borde T, David M. Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt. *J Turkish German Gynecol Assoc*. 2004;5(4):130–7.
- 36 Yeo S. Language barriers and access to care. Annual review of nursing research [serial on the Internet]. 2004; Available from: http://www.springerpub.com/samples/9780826141347_chapter.pdf
- 37 Penka S, Heimann H, Heinz A, Schouler-Ocak M. Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. *Eur Psychiatry*. 2008;23Suppl:36–42.
- 38 Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U. Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/ psychotherapeutischen Behandlungssetting – Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. *Bundesgesundheitsblatt*. 2012;55:1168–75.
- 39 Heinz A, Kluge U. Ethnologische Ansätze in der transkulturellen Psychiatrie. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg.). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier; 2011. p. 27–32.
- 40 Vardar A, Kluge U, Penka S. How to express mental health problems – Turkish immigrants in Berlin compared to native Germans in Berlin and Turks in Istanbul. *Eur Psychiatry*. 2012;27(Suppl.2):S50–6.
- 41 Schlehe J. Kultur, Universalität und Diversität. In Wohlfart E, Zaumseil M (Hrsg.). *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer; 2006. p. 51–7.
- 42 Sass H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textversion – DSM-IV-TR. Anhang F: Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflussfaktoren und ein Glossar kulturabhängiger Syndrome. Göttingen: Hogrefe; 2003. p. 929–36.
- 43 Razum O, Zeeb H, Schenk L. Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. *Migration und Gesundheit*. Deutsches Ärzteblatt. 2008;47:A2520–1.
- 44 Bahadir S. Müssen alle bikulturellen Krankenhausmitarbeiter dolmetschen (können/wollen)? In: Falge, C, Zimmermann G. (Hrsg.). *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems*. Baden-Baden: Nomos; 2009
- 45 Morina N, Maier T, Schmid M. Lost in Translation? Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *Psychother Psych Med*. 2010;60:104–10.
- 46 Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casas M. Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*. 2008;23:S49–S58.
- 47 Qureshi A, Collazos F. The intercultural and interracial therapeutic relationship: Challenges and recommendations. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23(1):10–9.
- 48 Kluge U, Kassim N. «Der Dritte im Raum» – Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In: Wohlfart E, Zaumseil M (Hrsg.). *Transkulturelle Psychiatrie und Interkulturelle Psychotherapie – Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer Medizinverlag; 2006. p. 177–96.
- 49 Pross C. Verletzte Helfer – Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag; 2009.
- 50 Kluge U. Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie. In: Machleidt W, Heinz A. *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2010.
- 51 Kluge U, Bogic M, Devillé, W, Greacen T, Dauvrin M, Dias S, et al. Health services and the treatment of immigrants: Data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *Eur Psychiatry*. 2012;27(Suppl.2):S56–62.
- 52 Erim Y, Senf W. Psychotherapie mit Migranten. *Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie*. Psychotherapeu. 2002;47:336–46.
- 53 Fisek G, Schepker R. Kontext-Bewusstsein in der transkulturellen Psychotherapie. *Familiendynamik*. 1997;22:396–413.
- 54 Grosch H, Leenen WR. Materialien zum interkulturellen Lernen. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.). *Interkulturelles Lernen. Arbeitshilfen für die politische Bildung*. Bonn. 1998. p. 353–84.
- 55 Oesterreich C, Hegemann T. Interkulturelle Systemische Therapie und Beratung. *PiD – Psychotherapie im Dialog*. 2010;11(4):319–25.
- 56 Kirmayer LJ, Rousseau C, Corin E, Groleau D. Training researchers in cultural psychiatry: the McGill-CIHR Strategic Training Program. *Acad Psychiatry*. 2008;32(4):320–6.
- 57 Haenel F. Posttraumatische Belastungsstörung – psychotherapeutische Behandlung von Folter- und Bürgerkriegsüberlebenden. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg.). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier. 2011. p. 307–19.
- 58 Wilson JP, Lindy JD. *Counter transference in the Treatment of PTSD*. New York: The Guilford Press; 1994.
- 59 Lansen J. Was tut «es» mit uns? In: Graessner S, Gurriss N, Pross C (Hrsg.). *Folter, an der Seite der Überlebenden*. München: Beck; 1996. p. 53–270.
- 60 Hoppe K. The emotional reactions of psychiatrists when confronting survivors of persecution. *Psychoanal Forum*. 1967;3:187–96.
- 61 Reddemann L, Sachsse U. Traumazentrierte Psychotherapie. In: PTT *Persönlichkeitsstörungen*. 1997;2:11–45.
- 62 Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing*. New York: Guilford; 2001.
- 63 Silver SM, Rogers S, Russell M. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of war veterans. *Journal of Clinical Psychology*. 2008;64(8):947–57.
- 64 Schubbe O. Eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR). In: Maercker A(Hrsg.). *Posttraumatische Belastungsstörung*. 3. Auflage; Springer Verlag; 2009. p. 285–300.
- 65 Haans T, Lansen J, Balke N, Pross C. Supervision in unterschiedlichen Kulturen. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg.). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier; 2011. p. 427–33.