



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser  
gesamtes Programm finden Sie unter  
[www.klett-cotta.de/schattauer](http://www.klett-cotta.de/schattauer)

Ibrahim Özkan ■ Maria Belz

# Sprachreduzierte Ressourcen- und Traumastabilisierungsgruppe

---

Manuale zur Gruppenpsycho-  
therapie mit Geflüchteten und  
Migranten

Mit einem Geleitwort von Ulrich Sachsse



Die digitalen Zusatzmaterialien zu diesem Buch haben wir Ihnen zum Download auf [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de) bereitgestellt.

Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein:  
**OM45217**

So gelangen Sie zur Download-Seite, wo Sie die Materialien herunterladen können.

**Dr. Ibrahim Özkan**

Asklepios Fachklinikum Göttingen  
Rosdorfer Weg 70  
37081 Göttingen  
[i.oezkan@asklepios.com](mailto:i.oezkan@asklepios.com)

**Dr. Maria Belz**

Rosdorfer Weg 70  
37081 Göttingen  
[m.belz@asklepios.com](mailto:m.belz@asklepios.com)

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Besonderer Hinweis**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

[www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

© 2019 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © iStock Photo/ALotOfPeople

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von AZ Druck- und Datentechnik GmbH, Kempten

Lektorat: Dipl.-Psych. Mihrican Özdem

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-45217-4

Auch als E-Book erhältlich

## Geleitwort

»Sprachreduzierte Gruppentherapie« – ist das was Seriöses, oder wird hier getürkt?

Vor etwa 20 Jahren setzte ein Kollege eine Anzeige in eine deutsche Fachzeitschrift, in der er für sein neues Ausbildungscurriculum in »Averbaler Gesprächspsychotherapie« warb. In derselben Fachzeitschrift veröffentlichte er bald darauf einen kurzen Artikel, in dem er darauf hinwies, dass er die Ausbildungsgruppe vollbekommen hätte und dass man offenkundig Psychotherapeuten jeden, aber auch jeden Stuss als Ausbildung verkaufen könne. Heute findet man unter dem Suchbegriff »Averbale Gesprächspsychotherapie« bei Google nur noch seriöse Hinweise auf averbale Therapieelemente der Gesprächspsychotherapie. Tempora mutantur.

Etwas seriöser wurde die Sprachgebundenheit von Psychotherapie diskutiert, als deutsch-jüdische Psychoanalytiker nach 1933 in den USA Psychoanalysen durchführten. »Every good shrink has a German accent« war bald ein geflügeltes Wort in der Szene. Aber kann ein Deutscher die subtilen Nuancen erfassen, wenn sein differenzierter englischsprachiger Patient auf der Couch Shakespeare zitiert? Diese eigentlich unübersetzbare Melange aus Witz, Weisheit und Obszönität? Andererseits sind sehr viele Psychoanalysen und Psychotherapien inzwischen in einer Fremdsprache durchgeführt worden. Heute heißt die Wahl sehr oft: Fremdsprachige Psychotherapie oder gar keine Psychotherapie.

Die psychotherapeutische Versorgung von Menschen ohne oder mit sehr wenigen Kenntnissen der deutschen Sprache wird von Jahr zu Jahr professioneller. An dieser Professionalisierung der Psychotherapie nicht genuin deutschsprachiger Patienten hat das Asklepios Fachklinikum Göttingen seinen Anteil, gerade in der klinischen Praxis, gerade in der konkreten therapeutischen Durchführung. Ein Ergebnis dieser jahrzehntelangen klinischen Erfahrung ist dieses Buch.

Es ist kein Versuch, kein Experiment, keine Anregung zum Ausprobieren. Es ist ein Praxisbuch, das vermittelt und verdeutlicht: So ist sprachreduzierte Psychotherapie möglich, jahrzehntelang erprobt: So geht's!

Viel Erfolg bei der therapeutischen Arbeit!

Ulrich Sachsse, Göttingen im Herbst 2018

# Inhalt

## TEIL I: Theoretische Grundlagen

<b>1</b>	<b>Einführung: Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Ansätze zum Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1</b>	<b>Interkulturelle Kompetenz</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2</b>	<b>Transkulturelle Achtsamkeit</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Göttinger Behandlungskonzept</b> .....	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Gruppenarbeit</b> .....	<b>13</b>
<b>4.1</b>	<b>Nutzen Gruppenkonzepte in der therapeutischen Versorgung?</b> .....	<b>13</b>
<b>4.2</b>	<b>Anforderungen an Gruppenangebote für Patienten mit Migrationshintergrund</b> .....	<b>15</b>
	Identität .....	15
	Sprache .....	16
	Akkulturationsstress .....	17
<b>4.3</b>	<b>Gruppenangebote nach dem Göttinger Konzept</b> .....	<b>17</b>
	Psychoedukation .....	17
	Sprachreduzierter Ansatz .....	18
	Innere Achtsamkeit .....	19
	Ressourcenaktivierung als salutogenetisches Konzept .....	20
	Resilienz .....	21
<b>5</b>	<b>Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)</b> .....	<b>22</b>
<b>5.1</b>	<b>Eine kurze Einführung</b> .....	<b>22</b>
<b>5.2</b>	<b>PTBS bei Flüchtlingen</b> .....	<b>23</b>
<b>5.3</b>	<b>Diagnostik von PTBS</b> .....	<b>25</b>
<b>5.4</b>	<b>Akkulturationsstress als zusätzliche Belastung</b> .....	<b>25</b>
<b>5.5</b>	<b>Sprachreduzierte Traumastabilisierungsgruppe</b> .....	<b>26</b>

<b>5.6</b>	<b>Konzeptuelle Grundlagen der sprachreduzierten Traumastabilisierungsgruppe</b> .....	27
	Imagination .....	27
	Anti-Dissoziations-Skills .....	28
<b>TEIL II: Manuale</b>		
<b>6</b>	<b>Genereller Umgang mit den Manualen</b> .....	33
	Rahmenbedingungen .....	33
	Umgang mit Schwierigkeiten .....	33
<b>7</b>	<b>Manual 1: Sprachreduzierte Ressourcengruppe</b> .....	37
<b>7.1</b>	<b>Einsatzmöglichkeiten und Rahmenbedingungen</b> .....	37
<b>7.2</b>	<b>Aufbau der Module</b> .....	38
<b>7.3</b>	<b>Die Module</b> .....	40
<b>8</b>	<b>Manual 2: Sprachreduzierte Traumastabilisierungsgruppe</b> .....	60
<b>8.1</b>	<b>Einsatzmöglichkeiten und Rahmenbedingungen</b> .....	60
<b>8.2</b>	<b>Aufbau der Module</b> .....	61
<b>8.3</b>	<b>Die Module</b> .....	62
	<b>Literatur</b> .....	84
	<b>Anhang</b> .....	91

# **TEIL I    Theoretische Grundlagen**

---

# 1 Einführung: Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Mit den aktuellen Fluchtbewegungen wird die globale Migration zunehmend sichtbarer. 2016 lag der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der deutschen Gesamtbevölkerung bei 22,5 % und vermehrt sich sukzessive. Dies stellt für Deutschland den höchsten Anteil seit der Anwerbung der Gastarbeiter in den 1960er und 1970er Jahren. Im Jahr 2015 erlebte die Bundesrepublik mit über einer Million Menschen die höchste Zahl an Zuwanderung überhaupt (Statistisches Bundesamt 2016). Als Personen mit Migrationshintergrund definiert werden »wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.« (Bundeszentrale für politische Bildung 2018). Motive für Migration sind sehr vielfältig: Krieg sowie politische und religiöse Verfolgung, Naturkatastrophen, der Wunsch, schwierigen Lebensumständen zu entfliehen, und die Hoffnung auf ein besseres, sicheres Leben an einem anderen Ort.

In den Jahren vor 1990 standen vor allem die Ein- und Auswanderung und saisonale oder auf ein paar Jahre begrenzte Pendelmigrationen im Fokus von Erklärungsmodellen der Migration. In den letzten Jahrzehnten hat sich dieser Fokus verschoben. Heutzutage spielen neue Formen der Migration eine Rolle, die zusätzlich zu den bekannten Phänomenen der Migration auftreten. Diese neuen Formen werden häufig als »transnationale Migration« charakterisiert oder unter dem Oberbegriff »Transnationalität von Migration« zusammengefasst. Hierunter ist eine Migration mit mehrfachen, »pluridirektionalen« Wohnortwechseln zu verstehen. Die Trennung zwischen Arbeits- und Fluchtmigration verschwimmt immer mehr. Die Migrationsprozesse lassen sich nur begrenzt von der Politik steuern (Pries 2017). Diese neueren Formen von Migration werden durch die hochmodernen Kommunikationsmöglichkeiten in unserem Zeitalter sowie durch die Verfügbarkeit von modernen Transportmitteln ermöglicht (Hahn et al. 2017). Transnationale Migration stellt Politik und Gesellschaft, aber auch das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen.

Aktuell lassen sich jedoch – bis auf wenige Ausnahmen – kaum empirische Daten zu Kultur- und Migrationshintergrund finden, die eine systematische Annäherung der Versorgungsstrukturen an diese Patienten bieten könnten (Spallek & Zeeb 2010). Hingegen illustrieren einige Untersuchungen die Notwendigkeit einer Versorgung, die bedarfsgerecht, also an besondere Bedürfnisse der Patientengruppe »Migranten« angepasst sein sollte (Brandes et al. 2009; Brucks 2004; Whitley et al. 2006).

Welche Hindernisse bestehen bei einer adäquaten gesundheitlichen und vor allem psychiatrischen Versorgung von Migranten? Die Behandlungsbarrieren



lassen sich laut der qualitativen Untersuchung »Zugang von Migranten in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkasse« von Schwarz et al. (2015) in vier verschiedene Kategorien unterteilen, die den Zugang erschweren oder ganz verwehren können:

**Systembezogene migrantenspezifische Zugangsbarrieren.** Hierunter ist sowohl die mangelnde interkulturelle Öffnung von behandelnden Einrichtungen, als auch mangelnde transkulturelle Kompetenz des in den medizinischen Versorgungseinrichtungen arbeitenden Personals zu verstehen. Beispiele dafür sind fehlende mehrsprachige Informationsunterlagen, Antragsformulare und Patientenfragebögen nur in deutscher Sprache, fehlendes mehrsprachiges Personal und/oder Dolmetscherdienste sowie gering vorhandene kulturspezifische Angebote, welche Kulturunterschiede in den Bereichen Ernährung und Religion sowie geschlechtsspezifische Vorschriften oder Unterschiede in Krankheitskonzepten und -bewältigung berücksichtigen würden.

**Personenbezogene migrantenspezifische Zugangsbarrieren.** In diese Kategorie fallen Wissensdefizite auf Patientenseite. Diese können durch mangelnde Sozialisation in Deutschland, Akkulturationsstress und das komplexe und andersartige Gesundheitssystem in Deutschland (evtl. im Vergleich zum Herkunftsland) bedingt sein. Die fehlenden Kenntnisse reichen dabei von einem (Un-)Wissen über die Existenz von Versorgung/Rehabilitation selbst über falsche Annahmen bezüglich solcher Maßnahmen bis zu fehlendem Wissen über die Zugangsvoraussetzungen und Zugangsprozedere. Auch Sprachdefizite und die Annahme, dass man sich in der Behandlung womöglich mit niemandem verständigen kann, sowie die Angst vor Diskriminierung und Stigmatisierung stellen weitere Zugangsbarrieren dar.

**Systembezogene, vom Migrantenstatus primär unabhängige Zugangsbarrieren.** Hier nennen Schwarz et al. (2015) vor allem die Komplexität und Intransparenz des deutschen Gesundheitssystems, die mittelschicht-orientierte Sprache von Informationsmaterialien, das komplizierte Antragsgeschehen und die abwartende »Komm-Struktur« der Einrichtungen. Es herrsche insbesondere Unklarheit darüber, welcher Träger (Renten-, Unfall- und Krankenversicherung) welche Leistungen anbietet und für welche Zielgruppen. Insbesondere Personen aus bildungsferneren Schichten würde so der Zugang erschwert.

**Personenbezogene, vom Migrantenstatus primär unabhängige Zugangsbarrieren.** Als schichtspezifische Faktoren diskutieren Schwarz et al. unter anderem maladaptive Krankheits- bzw. Heilungskonzepte, geringere Gesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeitserwartung und mangelnde Eigeninitiative.

Wie repräsentative deutschlandweite Untersuchungen zeigen, werden Migranten in Deutschland mittlerweile auch entsprechend ihrem Anteil an der Bevölkerung in der Regelversorgung behandelt (stationär-psychiatrisch). Die Frage, ob diese

Behandlung spezifisch transkulturell sensibel stattfindet, ist eine andere. Denn selbst wenn es zur psychologisch-psychiatrischen Behandlung von Migranten kommt, müssen noch zahlreiche Herausforderungen berücksichtigt werden (Koch 2017). Um die Versorgungsstrukturen für Patienten mit Migrationshintergrund weiter zu verbessern, ist es grundlegend, die Problembereiche, die eine angemessene und effektive Versorgung verhindern, zu identifizieren (siehe hierzu auch Machleidt & Heinz 2011).

Zugangsbarrieren beziehungsweise Problembereiche können sowohl aufseiten der Patienten als auch der Behandler bestehen. Folgende Problembereiche können auf Behandlerseite existieren:

- Kommunikationsprobleme durch mangelnde Verständigung (als besonders sensibel und relevant ist hierbei der psychotherapeutische Fachbereich zu benennen)
- fehlende Sensibilität für kulturelle Unterschiede (keine Anpassung des Behandlungsplans)
- Übersensibilität für vermeintliche kulturelle Unterschiede (Stereotypisierung des Patienten, evtl. Abweisung des Patienten, weil sich der Behandler nicht ausreichend kompetent fühlt)
- Schmerzsymptomatik und -repräsentation der Patienten sind unterschiedlich bzw. ungewohnt für den Behandler
- Somatisierungsneigung als fälschlicherweise besonders typisch wahrgenommenes Phänomen bei Migranten (Ryder 2008; Sieben & Straub 2011)

Auch auf Patientenseite können beispielhaft einige Problembereiche genannt werden:

- Familienstrukturen (Kızıllan 2011)
- Ernährung (z. B. das Nicht-vermitteln-Können von Gewohnheiten, von Fastenzeiten; Umstellung auf andere Ernährungsgewohnheiten ist anders als die in der eigenen Kultur)
- Lebensweise (z. B. Umsetzbarkeit bzw. Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen)
- Multimorbidität (z. B. körperliche Begleiterkrankungen, die vor der Migration oder Flucht unbehandelt blieben)
- Erwartungshaltung der Patienten begründet auf unterschiedliche Krankheitskonzepte
- unterschiedliches Verständnis von Behandlungcompliance

Wie an den eingangs erwähnten Eckdaten zum Anteil von Migranten an der Gesamtbevölkerung Deutschlands und an den stetigen Flüchtlings- und Migrationsbewegungen bereits abschätzbar ist, wird sich auch in Zukunft die Begegnung mit Patienten mit Migrationserfahrung häufen. Unter den Begriff »Menschen mit Migrationshintergrund« fällt jedoch eine stark heterogene Gruppe. Es ist unmöglich, ein umfassendes Wissen über alle existierenden Kulturen, einschließlich ihrer Traditionen, ihres Krankheitsverständnisses und -umgangs dieser heterogenen Gruppe zu besitzen oder zu erwerben. Eine umfassende Kompe-

tenz im engeren Sinne über das Gesundheits- und Krankheitsverständnis und den Umgang dieser Menschen damit kann sich nicht erlernen lassen. Selbst innerhalb der unterschiedlichen kulturellen Herkunftsregionen wird der Umgang mit Gesundheit und Krankheit später auf Basis der Migrationsmotive (Arbeitssuche, Heimatsuche, Flucht etc.) divers und individuell von Generation zu Generation weitergegeben. Daher können Patienten mit Migrationshintergrund mit anderen kulturellen Hintergründen, anderen Traditionen und einem unterschiedlichen Verständnis von Krankheit und Gesundheit sowie einem unterschiedlichen Umgang mit Krankheit in der Therapie erscheinen (Franz et al. 2007; Heinz & Kluge 2011) – oder eben nicht. Unterschiede können den Therapieprozess auf Behandler- und Patientenseite erschweren und stellen das Gesundheitssystem vor Herausforderungen. Diese – teilweise – verschiedenen Auffassungen und Bedürfnisse von Patienten mit Migrationshintergrund erfordern daher keine unikulturellen Konzepte und routinierte Handlungsweisen. Vielmehr ist hohe Flexibilität und ein breites Verhaltensrepertoire an möglichen Verhaltensoptionen vonnöten (Domenig 2001a; Domenig 2007).

Hier stellen wechselseitige Anpassungs- und Lernprozesse in der Therapiesituation oftmals eine unüberwindbare Schwelle dar. Eine Umstellung der eigenen Lebensgewohnheiten kann nämlich als Aufgabe der eigenen Identität im Migrationsprozess gedeutet werden. Alle beteiligten Personen sind durch die erhöhte Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund in einer Gesellschaft gezwungen, sich mit dem »Fremden«, aber auch mit der eigenen Kultur auseinanderzusetzen.

Migration wirkt demnach in zweierlei Hinsicht: Die Person oder Gruppe, die migriert, verändert durch den Prozess der Migration ihre (Herkunfts-)Identität. Ebenso führt sie in der aufnehmenden Gesellschaft zu Veränderungen. Denn die »fremden« Personen, mit möglicherweise anderen Werten, Anschauungen und Traditionen, stellen »unsere« Identität durch ihre anderen Bewertungen und Einschätzungen infrage. »Identität« jedoch braucht genau diese Auseinandersetzung um Werte, Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Nur dadurch kann sie definiert und von anderen Identitäten abgegrenzt werden (Ghaderi 2017).

In der Begegnung mit dem Fremden fördert unsere eigene Perspektive, Wahrnehmung und Informationsverarbeitung Stress (Özbek & Wohlfart 2006; Stephan & Stephan 1985). Es entstehen Stereotype, die im – sicheren – Umgang mit Patienten der eigenen Kultur nicht deutlich oder benennbar wahrzunehmen sind. Brucks (2004) beschreibt, wie es im interkulturellen Setting somit auch aufgrund psychophysiologischer und neurobiologischer Prozesse zu vermeidbaren Missverständnissen kommen kann. Um mögliche Missverständnisse zu verringern, ist es hilfreich, offen zu kommunizieren. Außerdem sollte man sich darüber bewusst sein, dass die eigene Wahrnehmung und Interpretation individuell und subjektiv ist. Es gibt verschiedene Ansätze darüber, wie der Umgang mit den beschriebenen Problemen erleichtert werden kann. Einige davon sollen im Folgenden vorgestellt werden.

## 2 Ansätze zum Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund

### 2.1 Interkulturelle Kompetenz

Interkulturelle Kompetenz stellt einen Ansatz dar, um den Behandlungsbarrieren bei Migranten (► Kap. 1) beizukommen. Unter interkultureller Kompetenz versteht man das Interesse daran, sich regelmäßig mit anderen Kulturen und Lebensgewohnheiten auseinanderzusetzen, und die Motivation, mehr darüber zu lernen. Um die Begegnung von »Fremden« und »Eigenem« zu ermöglichen, ist es jedoch genauso erforderlich, die eigene Kultur zu reflektieren. Zur Vermittlung von interkultureller Kompetenz werden Schulungen und Trainings angeboten (z. B. Landis et al. 2009).

Wie bereits angesprochen, hat sich jedoch ein vermehrter fokussierter Wissenserwerb über die Kultur des Gegenübers nur als eingeschränkt hilfreich in der Behandlung vom Menschen mit Migrationsgeschichte erwiesen. Wichtiger erscheint ein *allgemeines Verständnis* für Phänomene im und im Anschluss des Migrationsprozesses – somit eine therapiefördernde, »transkulturell achtsame« Haltung des Therapeuten. Im Folgenden soll das Modell der »transkulturellen Achtsamkeit« aus vorhandenen Theorien abgeleitet und vorgestellt werden.

### 2.2 Transkulturelle Achtsamkeit

Im Kontext der transkulturellen Psychiatrie gewinnen aktuelle Erkenntnisse der Hirnforschung an Bedeutung. In einer Begegnung zwischen zwei oder mehr Personen, die sich einander als fremd wahrnehmen, entsteht bei allen Beteiligten in der Regel Stress. Kann eine Person (z. B. der Therapeut) mit diesem Stress nicht funktional umgehen, ist sie auf neurobiologischer Ebene in der Wahrnehmung und Verarbeitung des sozialen Gegenübers eingeschränkt (vgl. Vogeley & Roepstorff [2009] zur sozialen Kognition). Eine günstige, transkulturell achtsame Haltung kann den Umgang mit eigenem Stresserleben in transkulturellen Begegnungen verbessern. Diese soll im Folgenden erläutert werden.

Das »Fremde« beziehungsweise die »Fremden« wahrzunehmen und eine bestimmte Haltung ihnen gegenüber einzunehmen, ist jedoch kein ausschließlich eindimensionaler Prozess innerhalb einer Therapiebeziehung – es handelt sich vielmehr um ein auf biologischen Prozessen basierendes, reziprokes sozio-emotionales Verhalten, wie es bereits Panksepp (1998) beschrieben hat.

Nach Özkan (2011a) scheint die Besonderheit der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in der ebenfalls biologisch begründeten Neugestaltung des Behand-

lers zu bestehen, sich in der Begegnung mit dem Fremden unabhängig von Sprache und unbewusst – sprich kulturübergreifend bzw. transkulturell – auseinanderzusetzen und in einer reziproken (Ver)-Haltensänderung zu bestehen. Dies wird im Modell der »transkulturellen Achtsamkeit« beschrieben, welches die Konzepte des »transkulturellen Übergangsraums« (Özbek & Wohlfart 2006, orientiert an dem Konzept des »dritten Raums« nach Bhabha 2000) bzw. der »transkulturellen Begegnung« (Nadig 2010) und des »Wise Mind« (Linehan 1993) verknüpft.

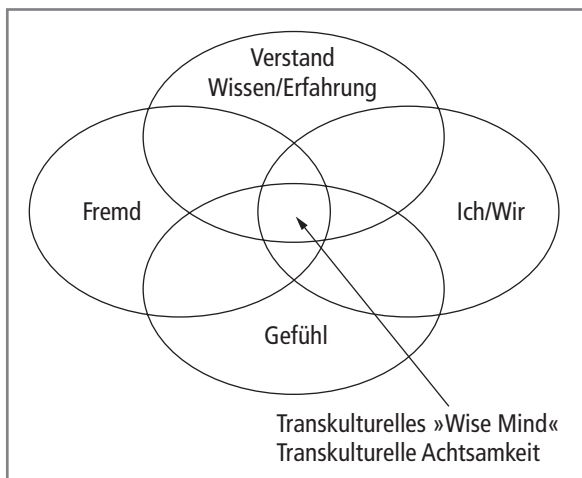
In einem solchen »transkulturellen Übergangsraum« bzw. in einer »transkulturellen Begegnung« sind »die jeweiligen unterschiedlichen, gegensätzlichen kulturellen Zugehörigkeiten und Bedeutungszuschreibungen präsent [...] und [werden] gleichzeitig im Verständigungsprozess neu erschaffen und mit kultureller Bedeutung versehen« (Özbek & Wohlfart 2006, S. 174). Eine Auseinandersetzung mit dem Fremden und dem Eigenen sowie mit der Interaktion dieser beiden Anteile ist dafür notwendig. Alle Prozesse, die im transkulturellen Übergangsraum stattfinden, sind generell nicht wertend. Unterschiedliche kulturelle Sichtweisen werden als solche akzeptiert und angenommen, ohne hinsichtlich ihrer Güte bewertet zu werden (Özbek & Wohlfart 2006). Transkulturelle Achtsamkeit lässt die achtsame Wahrnehmung von Unterschieden zwischen dem Fremden und dem Eigenen zu und verhindert damit eine »unreflektierte Anwendung« (Özbek & Wohlfart, 2006, S. 175) eigener kultureller Überzeugungen und Praktiken.

Um eine Integration von Erfahrungen und Gefühlen in dieser Situation darzustellen, bietet sich das Konzept des »Wise Mind« von Linehan (1993) an. Linehan (1993) beschreibt Wise Mind als ein intuitives Verstehen und Wissen: »Wise Mind ist ein Ort, an dem sich rationaler Geist mit emotionalem Geist überlappen. [...] Wise Mind ist der Teil einer Person, die etwas als wahr und valide erkennen kann. Es ist fast immer still, es hat seinen Frieden.« (Linehan 1993, S. 66; Übersetzung der Autoren).

Diese Überschneidung aus der »transkulturellen Begegnung« und dem »Wise Mind« nennt Özkan (2011a) »transkulturelle Achtsamkeit«, die erreicht werden durch ein nichtwertendes, beschreibendes und teilnehmendes Verhalten, wie es auch in Achtsamkeitstheorien beschrieben wird. Diese zunächst innerlich wahrgenommene wertfreie, beschreibende Haltung wird dabei nach außen getragen, sodass sie vom Gegenüber wahrnehmbar ist. Abbildung 2-1 zeigt die Bestandteile der transkulturellen Achtsamkeit.

Die transkulturelle Achtsamkeit kann einerseits für die Arbeit mit Menschen mit Zuwanderungsgeschichte als Grundlage einer therapeutischen Haltung dienen, gleichzeitig stellt sie eine Handlungsalternative dar, und zwar als Intervention, um Stress- bzw. Belastungsphänomene aufseiten des Klienten niedrig zu halten. Hierzu können folgende Strategien hilfreich sein:

**Intervision, Supervision und Ausbildung.** Ein zentraler Bestandteil ist nicht nur die Arbeit »am Patienten«, sondern die Reflexion und Weiterbildung. Nadig (2010, S. 67) postuliert zu diesem Thema: »dass Psychiater, Therapeuten und Ärzte die



**Abb. 2-1**  
Bestandteile der transkulturellen Achtsamkeit

Gelegenheit haben müssen, über transkulturelle Prozesse in ihrer Arbeit zu reden. Es braucht einen architektonischen, zeitlichen und sozialen Raum, um sich miteinander auszutauschen über die Erfahrungen, Unsicherheiten, Ängste und Frustrationen, die bei der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund notwendigerweise auftauchen. Und schließlich: Probleme der Transkulturalität sollten einen festen Platz in der Ausbildung von Ärzten und Psychotherapeuten haben, damit Fragen und Konflikte, aber auch hilfreiche Antworten und Lösungen nicht nur in der Verantwortung der Einzelnen bleiben, sondern gemeinsam und kollegial gesucht und erarbeitet werden können.«

**Behandlungssprache.** Günstig ist es, dass der Therapeut die Sprache des Patienten beherrscht und die Therapie in dieser Sprache stattfindet. Ist dies nicht möglich, kann die Behandlung in einer Drittsprache stattfinden, die beide sprechen, z. B. Englisch. Ist auch dies nicht möglich, wird empfohlen, mit qualifizierten Dolmetschern zu arbeiten, um sprachliche Barrieren zu überwinden. Mithilfe von für den therapeutischen Prozess geschulten und qualifizierten Dolmetschern kann gewährleistet werden, dass der kultursensitive Aspekt berücksichtigt wird (Morina et al. 2009; Salman 2010). Das Einbeziehen von muttersprachlichem Personal in verschiedenen Instanzen der Gesundheitsversorgung in der expliziten Rolle des »Kulturmittlers« wird diese Problematiken ebenso verbessern können.

**Orientierung an Leitlinien.** Ziel aller transkulturell Behandelnder sollte es sein, Lösungen zu finden, die langfristig den Anforderungen aller Beteiligten entsprechen, wie sie beispielsweise in den »Sonnenberger Leitlinien« (Machleidt 2002) des Referates für Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) formuliert wurden. Diese Leitlinien sollten nachhaltig umgesetzt werden, ebenso die Bereitschaft, dem »Fremden« mit seinem kulturellen Hintergrund zu begegnen und ihn in diesem Rahmen ressourcenorientiert zu unterstützen.

Damit eine transkulturelle, achtsame Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund stattfinden kann, sollten neben aktueller wissenschaftlicher Befunde in diesem Bereich auch Ergebnisse aus der Hirnforschung hinsichtlich der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung sowie Methoden aus dem Stressverarbeitungsbereich berücksichtigt werden.

### 3 Göttinger Behandlungskonzept

Das Göttinger Behandlungskonzept zur therapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund (Tumani et al., 1999; Özkan & Belz, 2014) wurde nach seiner Einführung im Verlauf der Jahre um weitere Elemente ergänzt und aktualisiert. Es resultiert ein Behandlungsangebot, das auf dem Ansatz der transkulturellen Achtsamkeit basiert und derzeit aus verschiedenen Elementen besteht. Acht Elemente dieses Konzepts soll im Folgenden kurz vorgestellt werden. Zentral ist, dass das Göttinger Konzept keine Einrichtung vorsieht, welche ausschließlich Patienten mit Migrationshintergrund behandelt, sondern eine allgemeine interkulturelle Öffnung der gesamten Klinik vorsieht. Es sollen nun die einzelnen Elemente dargestellt werden, die für die Behandlung von Menschen mit Migrationsgeschichte im Rahmen eines individuell zu erstellenden Gesamtbehandlungsplanes eine elementare Basis bilden.

**Bilinguale Therapie oder Therapie in gemeinsamer Drittsprache.** Eine gute sprachliche Verständigung während der Behandlung ist notwendige Voraussetzung für den Behandlungserfolg. Für die Zufriedenheit erweist sich eine gute Verständigung sogar wichtiger als das Behandlungsergebnis selbst (Bermejo et al. 2009). Die Berücksichtigung sprachlicher Faktoren in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund scheint daher essentiell. Im Schwerpunkt für Kulturen, Migration und psychische Krankheiten des Asklepios Fachklinikums Göttingen besteht das Angebot, in der Muttersprache behandelt zu werden, sofern Behandelnde diese Sprachen muttersprachlich beherrschen. Für alle weiteren Sprachen wird mit Dolmetschern gearbeitet, die für den psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich qualifiziert sind. Es besteht auch die Möglichkeit, in einer gemeinsamen Drittsprache behandelt zu werden – dies bedeutet, dass die Behandlungssprache für den Patienten und ebenfalls für den Behandelnden nicht die Muttersprache ist (z. B. Englisch).

**Sprachreduzierte Traumastabilisierungsgruppe für Patienten mit Migrationshintergrund.** Patienten erhalten in diesem Gruppenangebot, welches sich spezifisch an traumatisierte Migranten richtet, die Möglichkeit, Wissen und Umgang über ihre Erkrankung zu erwerben. Die Gruppe findet in sprachreduziertem Deutsch statt, sodass auch Patienten mit geringen Deutschkenntnissen teilnehmen und von der Gruppe profitieren können. Es werden Stabilisierungstechniken aus vorhandenen Therapiekonzepten (z. B. Skillsgruppen, Bohus & Wolf 2009) für Stressfolgestörungen an die Bedürfnisse und Voraussetzungen dieser speziellen Zielgruppe angepasst und den Teilnehmern (sprachreduziert) vermittelt.

**Sprachreduzierte Ressourcengruppe für Patienten mit Migrationshintergrund.** In diesem Gruppenangebot werden Themen aus dem Bereich der psychiatrisch-psy-



chologischen Versorgung sowie der individuelle kulturberücksichtigende Umgang mit Krankheit thematisiert. Ein besonderer Fokus liegt auf der Stärkung persönlicher Ressourcen, die kulturell geprägt sind und in der Einzelbehandlung eventuell keine Berücksichtigung gefunden haben. Ziel der sprachreduzierten Ressourcengruppe ist die Erhöhung der Resilienz in Bezug auf Belastungen und psychische Erkrankungen.

**Tanztherapeutische Gruppe.** Das Projekt »Tanzen durch Kontinente, Kulturen und Epochen« wendet sich weitgehend alters- und diagnosenunabhängig an Patienten, die von einem körper- und kunsttherapeutischen Angebot profitieren und die durch die meist verbal stattfindende Therapie überfordert sein können. Das betrifft sowohl das Verstehen sprachlichen Ausdrucks als auch die Vorstellungskraft, Transferleistungen und Introspektionsfähigkeit aufgrund sprachlicher oder krankheitsbedingter Beeinträchtigungen (z. B. Traumatisierungen).

**Regelmäßige innerbetriebliche Fortbildung.** Die Sensibilisierung des gesamten Personals einer Klinik für eine transkulturell achtsame Haltung wird von verschiedenen Modellen der transkulturellen Pflege als essentiell erachtet (Domenig 2001b; Leininger 1998). Regelmäßige innerbetriebliche Fortbildung soll als Hilfestellung für den Erhalt der Sensibilität des gesamten Personals der Kliniken dienen. In den zweimal jährlich stattfindenden Trainings soll auch mithilfe von Übungen und Rollenspielen dazu beigetragen werden, Entwicklungen von Handlungsansätzen zur transkulturellen Öffnung in den jeweiligen Arbeitsbereichen weiterzuentwickeln und das Konzept der Diversity wachzuhalten. Auch wurde diese Thematik in das Ausbildungskonzept der Gesundheits- und Krankenpflegeschule bereits fest curricular integriert.

**Dolmetscherqualifizierung für den therapeutischen Bereich.** Auch vereidigte, amtliche Dolmetscher, die z. B. bei Gerichtsverhandlungen tätig sind, können oftmals mit dem Übersetzen im therapeutischen Setting überfordert sein, weil sie dazu häufig nicht vorbereitet bzw. ausgebildet sind (Pugh & Vetere 2009). Daher werden Dolmetscher systematisch qualifiziert, um im therapeutischen Bereich eingesetzt werden zu können. Die Dolmetscher erhalten im Rahmen ihres Einsatzes Supervision und in regelmäßig angebotenen Dolmetscherfortbildungen Anleitungen zur Selbstfürsorge bzw. Psychohygiene.

**Supervision und Intervision.** Diese finden regelmäßig statt, durch und mit transkulturell sensibilisierten oder interessierten Therapeuten. Das Angebot besteht ebenfalls für externe Therapeuten.

**Transkulturelles Konsil.** Bei migrations- oder kulturspezifischen Fragestellungen werden die behandelnden Kollegen in ihren Arbeitsbereichen konsiliarisch unterstützt. Schwerpunkte sind dabei neben kultursensibler Differentialdiagnostik auch Kontaktierung von Ansprechpartnern, spezialisierten Kliniken oder Aufklärung über bestimmte kulturgebundene Symptome.