

25 Traumazentrierte Psychotherapie bei Migranten

Meryam Schouler-Ocak

25.1 Einleitung

Nach McFarlane und Yehuda (2000) entwickelt sich eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) aus dem Muster des akuten Distresses infolge eines Ereignisses. In diesem Prozess spielen objektive, subjektive und individuelle Risikofaktoren eine wesentliche Rolle. Objektive Risikofaktoren sind z. B. Art, Intensität, Dauer des traumatischen Ereignisses, Ausmaß der physischen Verletzung, durch Menschen verursachte Traumatisierung und ständiges Erinnertwerden an das Geschehen (Triggerung). Subjektive Risikofaktoren bilden das unerwartete Eintreten des traumatischen Ereignisses, geringer Grad der eigenen Kontrolle über das Geschehen und Schulterleben sowie Ausbleiben fremder Hilfe. Dagegen stellen jugendliches oder hohes Alter, Zugehörigkeit zu einer sozialen Randgruppe, niedriger sozioökonomischer Status, mangelnde soziale Unterstützung und familiäre Vorbelastung mit traumatischen Erfahrungen zu den individuellen Risikofaktoren dar (Ehlers et al. 1998).

Darüber hinaus berichten Ehlers et al. (1998), dass die Prävalenz der PTBS von der Häufigkeit traumatischer Ereignisse und der Art des Traumas abhängt. Flatten et al. (2001) und Kessler et al. (1995) geben folgende Prävalenzen an: nach Folter bei ca. 80 %, bei politischen Flüchtlingen bei ca. 50 bis 70 %, nach Vergewaltigung bei ca. 55 %, bei Menschen, die Krieg erlebt haben, bei ca. 20 bis 39 %, nach anderen Gewaltverbrechen bei ca. 25 %, bei Verkehrsunfällen bei ca. 15 %, bei Zeugen von schweren Unfällen bei ca. 7 % und nach Naturkatastrophen ca. 4 %. Diese Daten zeigen sehr klar auf, dass von Menschenhand gemachte Traumatisierungen, sog. »man made disaster«, zu schwereren Störungen führen.

Breslau (2009), Brewin et al. (2000) sowie Keane et al. (2006) berichten, dass ein großer Teil der Bevölkerung potenziellen traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt ist und nicht alle eine Traumafolgestörung ausbilden. Für beide Geschlechter wird eine Lebenszeitprävalenz für eine PTBS von über 7,8 % angegeben. Dieser liegt für Frauen mit 10,4 % deutlich über dem für Männer mit 5,0 %. In einer späteren Untersuchung fanden Kessler et al. (2005) einen durchschnittlichen Wert für eine PTBS von über 6,8 %. Dieser war in der Gruppe von 45 bis 59 Jahre alten Bevölkerung mit 9,2 % am höchsten, gefolgt von der Gruppe der 30- bis 44-Jährigen mit 8,2 % (Kessler et al. 2005). Breslau (2009) fand in der städtischen Umgebung von Detroit in einer repräsentativen Untersuchung das höchste Risiko für eine PTBS nach einem gewalttätigen Angriff bei Frauen bei 35,7 % und bei Männern bei 6 %

liegend. Die Rate für eine PTBS nach irgendeinem Trauma lag bei Männern bei 6,2 % und bei Frauen bei 13 %.

25.2 Trauma und Migration

Menschen mit Migrationshintergrund können vor, während und nach der Migration traumatischen Prozessen und Ereignissen ausgesetzt sein. Diese können mit Krieg, Obdachlosigkeit, Hunger, Durst, Flucht, Vertreibung, Übergriffe und sexualisierte Gewalt einhergegangen sein (Gierlichs 2003; Heeren et al. 2012; von Lersner et al. 2008). Die Bedingungen und Ereignisse nach der Migration scheinen einen wesentlichen Einfluss auf die psychische Befindlichkeit der Betroffenen zu haben (Gilgen et al. 2005). Phasen extremer Verzweiflung und Suizidgedanken wurden von 50 % der befragten türkischen und kurdischen Personen berichtet (Gilgen et al. 2005). Demgegenüber lag der Anteil derer, die vor der Migration Erlebnisse dieser Art hatten, bei 12 %. In Stockholm wurden drei Migrantengruppen (Araber, Iraner und Türken) untersucht und mit schwedischen Staatsbürgern verglichen (Al-Saffar et al. 2001). Interessanterweise hatten 89 % aller Probanden mindestens ein Trauma erlebt. Die PTSD-Prävalenz variierte in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit. Während bei 69 % der Iraner, 59 % der Araber und 53 % der Türken Verdacht auf eine PTBS vorlag, lag dieser bei den Schweden bei 29 % (Al-Saffar et al. 2001). Die Autoren berichten, dass nicht nur mehrfache traumatische Erlebnisse die Wahrscheinlichkeit einer PTBS erhöhen, sondern, dass offenbar auch die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit als ein Risikofaktor angesehen werden könne. Tagay et al. (2008) stellten fest, dass in der primärärztlichen Versorgung die Erkennungsrate für eine PTBS schlecht ist, komorbide Störungen einer PTBS dagegen gut diagnostiziert werden. Den Hausärzten kommt demnach eine Schlüsselposition zu. Sie sollten demnach in der diagnostischen Kompetenz gestärkt werden. Während Gierlichs (2003) die Rate der PTBS unter Flüchtlingen mit 20 % angibt, fanden von Lersner et al. (2008), dass bei Einreise in die Bundesrepublik unter den Flüchtlingen aus Bürgerkriegsregionen die Traumatisierungsrate bei etwa 40 % vorliegt. In einem systematischen Review stellten Crumlish et al. (2010) fest, dass bei Flüchtlingen und Asylbewerbern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung die Rate der PTBS um ein Zehnfaches erhöht ist. Lindert et al. (2009) berichten dagegen, dass die Rate von psychische Störungen unter geflüchteten Menschen im Vergleich zu Menschen, die aus ökonomischen Gründen zugewandert sind, deutlich höher liegt (40 versus 21 %). Fazel et al. (2005) konnten in einer Metaanalyse feststellen, dass Flüchtlinge, die in den westlichen Ländern (USA, Australien, Kanada, Italien, Neuseeland, Norwegen und Großbritannien) aufgenommen wurden, im Vergleich zu der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung um das Zehnfache häufiger an einer PTBS litten. Heeren et al. (2014) berichten, dass Flüchtlinge und Asylbewerber sowie Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel eine hohe psychiatrische Morbidität aufweisen. So wurden bei Asylbewerbern mit 54 % und Flüchtlingen mit 41,4 % signifikant höhere Raten einer PTBS gefunden. Klinisch relevante Symptome einer Angststörung wurden bei 84,6 % und einer Depression bei 63,1 % festgestellt.

Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel zeigten Symptome beider Störungen in 47,6 % (Heeren et al. 2014). In einer Untersuchung von Slewa-Younan et al. (2015) schwankte die Rate der PTBS bei Flüchtlingen aus dem Irak, die in westlichen Ländern aufgenommen wurden, zwischen 8 % und 37,2 % und der Depression zwischen 28,3 % und 75 %. Diese Daten zeigen eine hohe Belastungsrate bei geflüchteten Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund auf.

25.3 Spezielle Aspekte im interkulturellen Behandlungsprozess

Nach einer Expertise von Meyer (2008) liegt der Anteil von Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen bei rund 18 %. Unter Berücksichtigung der neu zugewanderten geflüchteten Menschen dürfte der Anteil von schlecht Deutsch sprechenden Migranten deutlich höher liegen.

Bermejo et al. (2012) fanden heraus, dass während Personen mit spanischem und italienischem Hintergrund häufiger Unterstützung in der Familie und im sozialen Umfeld suchen, sich Personen mit russischem Hintergrund mehr auf selbst umzusetzende Maßnahmen (Hausmittel) orientieren. In diesem Zusammenhang geben Personen mit russischem und türkischem Hintergrund sprachliche Probleme als wichtiges Hindernis für eine gezielte Inanspruchnahme für eine Behandlung an (Bermejo et al. 2012). Zudem gaben Türkei-stämmige Personen als Hindernis an, dass Fachkräfte zu wenig über die türkische Kultur wüssten und sie sich daher nicht verstanden fühlen. Offenbar haben die Einschätzung der Deutschkenntnisse und das subjektive Wohlbefinden in Deutschland einen Einfluss auf die Ausprägung der erlebten Hindernisse (Bermejo et al. 2012). In einer Untersuchung in 12 psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen wurde eine Erhebung bei Beschäftigten auf den Stationen, multiprofessionelle Teams bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pflegemitarbeitern, Sozialarbeitern u. a. durchgeführt, in der nach Gründen für Missverständnisse gefragt wurde. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei mehr als einem Viertel der Patienten mit Migrationshintergrund sprachgebundene, bei knapp 40 % kulturgebundene und bei fast jedem zweiten Migranten sprach- und kulturgebundene Missverständnisse bzw. Verständigungsprobleme angegeben wurden (Koch et al. 2008). In einer anderen Studie konnte in einem Reassessment von 323 Patienten durch einen Cultural Consultation Service bei 49 % der mit einer Psychose diagnostizierten Patienten eine nichtpsychotische Erkrankung, häufig eine PTBS diagnostiziert werden (Adeponle et al. 2012). Diese Beispiele verdeutlichen die Schwierigkeiten bei der Interpretation uns nicht vertrauter Symptombeschreibungen und unterschiedlichen Ausdrucks seelischen Leids im kulturellen Kontext.

Möglicherweise spielt in diesem Zusammenhang auch der Umgang mit traumatisierenden Ereignissen eine Rolle, die nicht beim Namen genannt werden aus der Befürchtung heraus, dass dadurch noch mehr Unheil provoziert werden könnte. Zudem kann sexualisierte Gewalt aufgrund von Scham- und Ehrkonzepten tabuisiert werden. So können Schamkonzepte in verschiedenen kulturellen Kontexten

Betroffene verleiten, sich befleckt oder unrein zu empfinden und daher darüber nicht zu reden. Oft bestehen zugleich auch Ehrkonzepte, die die individuelle sexuelle Integrität der Frau im Fokus haben (Frank et al. 1999, Gürsoy u. Vural 2003). Ehrkonzepte können in diesem Zusammenhang auch zur Regulierung der weiblichen Familienmitglieder eingesetzt werden. Töchter, Schwestern, Mütter und Frauen sollen hier durch ihre Tugendhaftigkeit das Ansehen aller Männer innerhalb und außerhalb der Familie bewahren helfen, indem sie makellos die Sitten, Gebräuche und die Reinlichkeit unter der sozialen Kontrolle der Community aufrechterhalten (Kagitcibasi 19982; King 2008). Daher kann die Erhebung eines verwertbaren Gesamtbilds des körperlichen und seelischen Zustands von Menschen mit Migrationshintergrund aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten oftmals durch die Herstellung der interkulturellen Kommunikation gelingen (Schouler-Ocak 1999).

In diesem Kontext sind Kenntnisse über kultur-, krankheits- und migrations-spezifische sowie biografische Aspekte unerlässlich. Dies gelingt häufig unter Hinzuziehung eines professionell ausgebildeten, qualifizierten Dolmetschers, als Sprach- und Kulturvermittler im diagnostischen und therapeutischen Prozess (Kluge 2011; Schouler-Ocak et al. 2015). Gerade die Sprache bildet das Hauptarbeitsinstrument der Psychotherapie, ohne die die Anamneseerhebung, die Diagnostik und die Therapie nur schwer durchführbar und im psychiatrisch oder psychotherapeutischen Behandlungskontext nahezu unmöglich sein dürften. Pette et al. (2004) fanden in einer Untersuchung heraus, dass geringe Deutschkenntnisse von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund mit einer schlechten Informiertheit bezüglich Diagnose und Behandlung sowie mit einem Informationsverlust während eines stationären Aufenthaltes und den damit einhergehenden therapeutischen Aufklärungsprozessen korrelierten. Zudem berichtete Yeo (2004), dass Verständigungsprobleme im therapeutischen Kontext zu geringeren Arztkonsultationen, einem geringeren Verständnis ärztlicher Erläuterungen, häufigeren Laboruntersuchungen und vermehrten Inanspruchnahmen von Rettungsstellen führen. Vardar et al. (2012) konnten in einer Untersuchung zudem herausarbeiten, dass Erklärungsansätze einerseits zwischen unterschiedlichen kulturellen Kontexten differieren, andererseits aber z.B. auch schicht-, alters- oder geschlechtsspezifisch sein können. Penka et al. (2008, 2012) teilten mit, dass es neben einer guten sprachlichen Verständigung zur Vermeidung von Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen und von Frustrationen notwendig sei, unterschiedliche Erklärungsmodelle hinsichtlich Ursache, Verlauf und Heilung bestimmter gesundheitlicher Probleme zu berücksichtigen. Sie unterstrichen, dass die zur Beschreibung der jeweiligen Krankheiten eingesetzten Begriffe im speziellen kulturellen Kontext eine durchaus andere Bedeutung annehmen können. Auch Betroffene und Angehörige können demnach während einer Krankheitsepisode jeweils spezifische Vorstellungen in Bezug auf Ursache, Symptome, Entstehungsmechanismen, Krankheitsverlauf und potenzielle Behandlungsoptionen haben. Darüber hinaus beschreiben Heinz und Kluge (2011), dass Erklärungsmodelle und Behandlungserwartungen je nach kulturellem Wandel, traditionellen Elementen, persönlichen Erfahrungen und Informationen aus dem sozialen Umfeld oder den Medien einem ständigen Wandel unterliegen. Um genau die Erklärungsansätze, die Behandlungserwartungen und

den kulturellen Kontext des Einzelnen zu erfassen, wird der Einsatz des Cultural Formulation Interviews (CFI) empfohlen. Denn dieses Instrument kann dazu beitragen, Personen mit Migrationshintergrund besser zu verstehen und zu behandeln (Schouler-Ocak u. Aichberger 2015). Das CFI kann gerade besonders hilfreich sein bei Schwierigkeiten in der diagnostischen Einschätzung bei Migranten aufgrund bedeutsamer Unterschiede im kulturellen, religiösen oder sozioökonomischen Hintergrund zwischen dem Behandler und dem Patienten. Es kann insbesondere auch hilfreich sein, bei Unsicherheiten über die Übereinstimmung kulturell ausgeprägter Symptome mit diagnostischen Kriterien. Auch bei Uneinigkeit über die Behandlung zwischen dem Patienten und dem Behandler sowie bei begrenzter Motivation und Behandlungsadhärenz des Patienten kann der Einsatz des CFI hilfreich sein (Falkai u. Wittchen 2015).

25.4 Arbeit mit Dolmetschern (Sprach- und Kulturmittlern)

Zum Einsatz eines professionell qualifizierten Sprach- und Kulturmitteilers hat Salman (2001) »Grundregeln« beschrieben. Diese sind z. B. das konsekutive Übersetzen in kürzeren Bedeutungseinheiten, das Übersetzen in der Ich-Form, die Sitzanordnung in einem gleichschenkligen Dreieck, die Frage der Passung und die Notwendigkeit, die Schweigepflicht zu besprechen. Dieser Leitfaden verfolgt zum einen die Unterstützung der klinisch-praktischen Arbeit mit Sprach- und Kulturmitteilern und zum anderen den Abbau von Ressentiments und Unsicherheiten in der Arbeit mit Sprach- und Kulturmitteilern. Darin werden zudem detaillierte Handlungsempfehlungen für die Planung, die Darstellung, der Relevanz von Vor- und Nachgesprächen zwischen Behandler und Sprach- und Kulturmitteiler gegeben.

Nach Salman (2001) ist es notwendig, die Sprach- und Kulturmitteiler in therapeutische Prinzipien einzuführen. Denn die interkulturelle Behandlung kann nur gelingen, wenn auch für Patienten mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache ein angemessener Zugang zur Behandlung gewährleistet werden kann. So verfügen nicht alle Menschen mit Migrationshintergrund über ausreichende Deutschkenntnisse im Bereich von Körper, Psyche, Gesundheit, Befinden und Sexualität (Razum et al. 2008). Die Arbeit mit professionellen Sprach- und Kulturmitteilern setzt natürlich voraus, dass die Therapeuten und Dolmetscher das Setting des gedolmetschten Gesprächs beherrschen. Leitfäden für den professionellen Einsatz von Sprach- und Kulturmitteilern müssen dabei von Therapeuten und Sprach- und Kulturmitteilern verinnerlicht werden, sodass die Möglichkeiten einer dolmetscher-gestützten Behandlung genutzt werden können (Morina et al. 2010).

Penka et al. (2012) unterstreichen, dass die Bezeichnung Sprach- und Kulturmitteiler in diesem Zusammenhang eine terminologische Unklarheit in Abgrenzung zu dem gängigeren Begriff des Dolmetschers beinhalte. Damit ist gemeint, dass die Verständigung in interkulturellen Kontexten über das Verbale hinausgeht (Penka et al. 2012; Qureshi et al. 2008, 2011). Die Sprach- und Kulturmitteiler verfügen demnach auch über ein kulturelles Wissen, damit sie im Behandlungssetting auftretende kulturelle Differenzen und daraus resultierende Missverständnisse erkennen und

dolmetschen können. Der Therapeut ist dann aufgefordert, dieses Wissen in den therapeutischen Prozess zu integrieren. Qureshi et al. (2008, 2011) untermauern, dass die Dolmetscher nicht rein als mechanische Sprachvermittler anzusehen sind, sondern sie wie die Therapeuten in die Übertragung des Patienten mit einbezogen sind und seinerseits auch Gegenübertragungsphänomene auslösen können. Die Autoren weisen auch darauf hin, dass es deshalb äußerst wichtig sei, den Therapieverlauf beeinflussende Faktoren zu reflektieren. Hier spielen insbesondere die Vor- und Nachgespräche mit den Dolmetschern eine besondere Rolle. Darin können eben Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene bearbeitet werden.

In einem solchen Setting befinden sich nicht wie üblicherweise zwei Personen, sondern drei Personen im therapeutischen Raum, die sich in mindestens zwei verschiedenen verbal gesprochenen Sprachen im Gespräch befinden. Dabei entsteht oft ein komplexes Gefüge aus emotionalen, kognitiven und Interaktionsebenen, in dem die Überschaubarkeit leicht verloren gehen kann (Kluge 2011; Qureshi et al. 2008, 2011).

25.5 Interkulturelle traumazentrierte Psychotherapie

Für Erim und Senf (2002) ist in der interkulturellen Psychotherapie das *Joining* notwendig. Dies bedeutet, dass der Therapeut bereit ist, sich in die Lebenswelt seiner Patienten und seiner Familien mit Migrationshintergrund einzufühlen und hinein-zubegeben. Wenn dabei Therapeut und Patient aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten stammen, können zwei Arten von Voreinstellungen bestehen (Fisek u. Schepker 1997). Werden dabei die Unterschiede zwischen den kulturellen Kontexten überbetont, kann im Extremfall ein einheimischer Therapeut eine Psychotherapie mit einem Patienten mit Migrationshintergrund sogar für unmöglich einstufen. Wenn aber der Unterschied zwischen den kulturellen Kontexten verleugnet und dadurch der Einfluss der kulturell geprägten sozialen Lebensumstände auf die Patienten ignoriert werden, kann die Therapie sich problematisch gestalten. Beide Haltungen werden von Fisek und Schepker (1997) für problematisch gehalten.

In diesem Beitrag geht es um die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund mit einer Traumafolgestörung im interkulturellen Therapiesetting. Darin wird selbstverständlich vorausgesetzt, dass die Therapeuten neben einer Psychotherapieausbildung (Methodenkompetenz) auch über fundierte Kenntnisse in der Psychotraumatologie (Fachkompetenz) und interkulturelle Kompetenz verfügen. In diesem Zusammenhang ist es bedeutsam zu verstehen, was mit interkultureller Kompetenz hier gemeint ist. Die interkulturelle Kompetenz setzt sich zusammen aus interkultureller Sensibilität, Empathie und kognitives Wissen (Kirmayer 2012; Kirmayer et al. 2008; Qureshi et al. 2008). Um interkulturelle Kompetenz zu vermitteln, sind demnach Wissen (Methoden- und Fachkompetenz), Skills und Haltung erforderlich. Das interkulturelle Wissen meint in diesem Zusammenhang das Wissen über unterschiedliche kulturelle Werte, Krankheitsmodelle oder Behandlungsansätze, Migrationsstatus, Einfluss psychosozialer Faktoren sowie Psychopathologie (Kirmayer 2012; Qureshi et al. 2008). Mit interkulturellen Skills sind Techniken ge-