

Ibrahim Özkan ■ Maria Belz

Sprachreduzierte Ressourcen- und Trauma- stabilisierungsgruppe

Manuale zur Gruppenpsychotherapie
mit Geflüchteten und Migranten



Özkan ■ Belz

Sprachreduzierte Ressourcen- und Trauma- stabilisierungsgruppe

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 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.

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.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Schattauer

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

Lektorat: Dipl.-Psych. Mihrican Özdem

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

Datenkonvertierung: Kösel Media GmbH, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-45217-4

E-Book: ISBN 978-3-608-11073-9

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20387-5

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

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.

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

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

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