



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)

Wiechers ■ Übleis ■ Padberg

# **Empowerment für Menschen mit affektiven Erkrankungen und Migrationserfahrungen**

---

Maren Wiechers ■ Aline Übleis ■  
Frank Padberg

# **Empowerment für Menschen mit affektiven Erkrankungen und Migrationserfahrungen**

---

Therapiemanual für  
Einzel- und Gruppensettings

Mit Handouts auf Arabisch und Dari

**Maren Wiechers, Aline Übleis und Frank Padberg**

Klinikum der Universität München

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Sektion für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Nussbaumstr. 7

80336 München



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: **OM40023**

**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.

Die Übersetzungen der Handouts wurden mit größter Sorgfalt erstellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Übersetzungen können wir jedoch keine Gewähr übernehmen.

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 Gemäldes von © Fadi/Syrische Illustrationen

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Marion Drachsel

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40023-6

Auch als E-Book erhältlich

# Geleitwort

Im Jahr 2016 erreichten jeden Monat zwischen 55 000 und 65 000 Flüchtlinge Deutschland. Ein signifikanter Anteil der Schutzsuchenden hat in ihrem Heimatland, während der Flucht oder in Deutschland ein hohes Maß an Stress oder gar traumatische Erfahrungen erlebt. Die Folge war, dass in Deutschland für Zehntausende Flüchtlinge ein akuter Bedarf zur Behandlung von Stress oder Traumafolgeerkrankungen entstand. Dies stellte das bundesdeutsche Gesundheitssystem vor eine Vielzahl an Herausforderungen: Es galt ein hohes Maß an Stigmatisierung zu überwinden, die meisten Therapeuten waren der Sprache der Patienten nicht mächtig, deren kultureller Hintergrund schlug sich in wenig vertrauten Krankheitsmodellen und Behandlungsvorstellungen nieder, das Wissen um psychiatrische Erkrankungen und deren Therapiemöglichkeiten in Deutschland war oft gering ausgeprägt und für die Vielzahl an Betroffenen fehlten die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen.

Vor diesem Hintergrund hat eine Gruppe von Psychiatern, Psychologen sowie Kinder- und Jugendpsychiatern aus den Universitätskliniken in Berlin, Aachen, München, Tübingen, Mannheim, Marburg, Mainz und Ulm ein Behandlungskonzept entwickelt, welches das Ziel verfolgte, Stressfolgeerkrankungen zu behandeln und zumindest einen Teil der oben genannten Hürden zu überwinden. Die Wirksamkeit und Kosteneffektivität dieses Konzeptes wurde in dem sogenannten MEHIRA-Projekt (Akronym für »Mental Health in Refugees and Asylum Seekers«) geprüft und sah ein gestuftes Vorgehen vor, in dem für Flüchtlinge mit stressbezogenen Erkrankungen insgesamt fünf Interventionen entwickelt wurden. Diese Interventionen waren hinsichtlich der notwendigen Ressourcen unterschiedlich und wurden, angepasst an den jeweiligen individuellen Schweregrad der Stressfolgeerkrankung, den Betroffenen in vier Stufen angeboten.

Neben einer mobilen Gesundheitslösung (der »Balsam«-App), der START-Therapie für Jugendliche sowie zwei Peer-to-Peer-Ansätzen hatte in der MEHIRA-Studie die in diesem Buch veröffentlichte Empowerment-Gruppentherapie eine zentrale Bedeutung. Sie erlaubte die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einem moderaten Schweregrad stressbezogener Symptome. Maren Wiechers, Aline Übleis und Frank Padberg gebührt großer Dank, denn sie haben keine Mühen gescheut und innerhalb von weniger als einem Jahr ein aufwendiges, gut durchdachtes und kultursensibles Manual entwickelt, welches hervorragend die ganz spezifischen Bedarfe dieser besonderen Patientenpopulation adressiert. Innerhalb der MEHIRA-Studie fand das Manual rasch Anklang und Verbreitung, sodass die Empowerment-Gruppe schon nach wenigen Monaten an vier Standorten Anwendung fand.

Unsere gemeinsamen ersten Erfahrungen innerhalb der MEHIRA-Studie sind durchweg positiv und Gruppenleiterinnen und Patienten melden gleichermaßen

ein hohes Maß an Akzeptanz zurück. Es nimmt somit nicht Wunder, dass es mich aufrichtig freut, dass dieses überaus gelungene Manual als erste MEHIRA-Intervention so rasch veröffentlicht werden konnte. Ich hoffe, dass Psychotherapeuten und Ärzten dieses Manual mit Interesse lesen und die Veröffentlichung dazu führt, dass das Verfahren auch außerhalb unserer Studie Anwendung findet, damit wir gemeinsam einen Beitrag zur mentalen Gesundheit bei Flüchtlingen in Deutschland leisten.

**Berlin, im Sommer 2019**

**Malek Bajbouj**

# Vorwort

Im Zuge von Globalisierungsprozessen, Kriegen und humanitären Krisen migrieren immer mehr Menschen freiwillig oder unfreiwillig. Infolge dieser Entwicklungen, eines damit einhergehenden strukturellen Wandels in unserer Gesellschaft und der wachsenden Vulnerabilität für psychische Erkrankungen steigt auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bedarf an kultursensiblen Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit Migrationshintergrund. In der Versorgungsrealität zeigt sich, dass Migranten – trotz vielfältiger Belastungen im Zusammenhang mit der Migration – weniger häufig stationäre, ambulante und rehabilitative Versorgungsangebote in Anspruch nehmen. Als Ursachen hierfür sind auf individueller Ebene sprachliche und kulturelle Barrieren und auf institutioneller Ebene ein Mangel an kultursensiblen und niederschweligen Versorgungsangeboten zu nennen. Ziel einer Qualifizierung des Gesundheitssystems sollte sein, wirksame sprach- und kultursensible Behandlungsressourcen zur Verfügung zu stellen, um Migranten nach denselben Qualitätsstandards und mit vergleichbaren Erfolgsaussichten zu behandeln wie Menschen ohne Migrationshintergrund.

Das vorliegende Manual stellt ein Behandlungskonzept für Menschen mit Migrationserfahrungen und affektiven Erkrankungen vor und spricht praxisorientierte Handlungsempfehlungen für ein kultursensibles Arbeiten in psychotherapeutischen Einzel- und Gruppensettings aus. Die Idee eines kultursensiblen Therapieprogramms für Menschen mit Fluchterfahrungen und affektiven Erkrankungen entstand 2016 im Rahmen des multizentrischen Forschungsprojektes »Mental Health in Refugees and Asylum Seekers« (MEHIRA) unter der Leitung von Prof. Dr. Malek Bajbouj von der Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin. Ziel des Projektes ist die Entwicklung und Evaluation eines gestuften Versorgungsmodells, welches speziell für die Bedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrungen und affektiven Erkrankungen entwickelt wurde. An dem vom Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Projekt mit einer Laufzeit von drei Jahren waren insgesamt sechs deutsche Universitätskliniken beteiligt. Im Rahmen dieses Projektes wurden Menschen mit Fluchterfahrungen, in Abhängigkeit vom Schweregrad der affektiven Symptomatik, mit einer internetbasierten Intervention, Peer-to-Peer-Gruppen, der Empowerment-Gruppentherapie oder einzelspsychotherapeutischen Interventionen behandelt. Das vorliegende Manual ist ein Resultat dieses Forschungsprojektes; es wurde an vier deutschen Universitätskliniken durchgeführt und evaluiert.

Wir hoffen, dass das Empowerment-Manual einen Beitrag dazu leistet, Menschen mit Migrationserfahrungen und affektiven Erkrankungen Wissen über ihre Erkrankung zu vermitteln und Hilfestellungen im Umgang mit depressiven und stressbedingten Symptomen zu geben. Im Rahmen unserer Arbeit in MEHIRA haben wir zahlreiche Projekte kennengelernt, die einen herausragen-

den Beitrag zur Integration von Menschen mit Fluchterfahrungen in München leisten. Der Erlös des Buchverkaufs soll solchen Projekten zugutekommen. Über Rückmeldungen zu Erfahrungen von Anwendern mit unserem Manual würden wir uns sehr freuen.

**München, im Sommer 2019**

**Maren Wiechers, Aline Übleis  
und Frank Padberg**



## Dank

Bei der Konzeptualisierung und Implementierung des Empowerment-Manuals waren zahlreiche Menschen beteiligt. Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei allen bedanken, die maßgeblichen Anteil an der Entwicklung des Manuals hatten.

Unser besonderer Dank gilt Prof. Dr. Malek Bajbouj und seinen Mitarbeitern Kerem Böge und Carine Karnouk von der Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin, welche die Entwicklung des Manuals von Beginn an begleiteten und umfassend unterstützten.

Wir bedanken uns bei Prof. Peter Falkai und Prof. Alkomiet Hasan von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München, die der Idee eines Therapieprogramms für Flüchtlinge mit affektiven Erkrankungen von Beginn an offen gegenüberstanden und uns bei der Umsetzung unserer Ideen fachlich und strukturell beraten haben. Unseren Kolleginnen und Kollegen PD Dr. Andrea Jobst-Heel, Michael Strupf und Dr. Max Burger von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München möchten wir herzlich für zahlreiche Hilfestellungen bei der Entwicklung des Manuals und für die große Unterstützung bei der praktischen Durchführung der Therapiegruppen danken. Prof. Dr. Oliver Pogarell und Dr. Tilmann Bunse aus der Psychiatrischen Institutsambulanz der LMU möchten wir besonders für die psychiatrische Versorgung der Patienten danken.

Das Empowerment-Manual wurde im Rahmen des MEHIRA-Projektes entwickelt und erstmals zur Anwendung gebracht. Wir möchten uns bei unseren Kolleginnen und Kollegen der Universitätskliniken Charité Campus Benjamin Franklin, Charité Campus Mitte, Aachen, Marburg und Mannheim herzlich für eine produktive Zusammenarbeit bedanken. Für die Durchführung der Empowerment-Therapien danken wir darüber hinaus insbesondere Johanna Schöner von der Charité, Campus Mitte, und Barbara Schulte von der Universitätsklinik Aachen.

Unser besonderer Dank gilt den Teilnehmern der Empowerment-Gruppen, die durch ihr Vertrauen und ihre aktive Mitarbeit das vorliegende Manual haben lebendig werden lassen. Indem Sie uns ihre Sichtweisen und Wahrnehmungen mitgeteilt haben, konnten wir das Empowerment-Therapiemanual noch besser an die Bedürfnisse von Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrungen anpassen.

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Theoretische Einführung</b>	<b>1</b>
1.1	Die Psychologie der Migration	1
1.2	Affektive Störungen bei Menschen mit Migrationserfahrungen	5
1.3	Sprach- und Kulturmittler in der psychotherapeutischen Arbeit	8
<b>2</b>	<b>Grundlagen des Empowerment-Manuals</b>	<b>13</b>
2.1	Einsatzmöglichkeiten	13
2.2	Indikationen	15
2.3	Zusammenarbeit mit Dolmetschern	15
2.4	Zugrunde liegende Therapiemanuale	16
<b>3</b>	<b>Anwendung des Manuals</b>	<b>17</b>
3.1	Aufbau	17
3.2	Struktur und Ablauf	19
<b>4</b>	<b>Das Empowerment-Manual</b>	<b>22</b>
4.1	Modul 1: Ankommen – Wo kommen wir her, wo gehen wir hin	22
4.2	Modul 2: Integration – Herausforderung und aktiv werden	27
4.3	Modul 3: Depression – Psychoedukation	34
4.4	Modul 4: Depression – Aktiv werden	40
4.5	Modul 5: Depression – Wege aus dem Schneckenhaus	46
4.6	Modul 6: Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen	53
4.7	Modul 7: Schlafstörungen – Ruhe finden	59
4.8	Modul 8: Stress – Psychoedukation	66
4.9	Modul 9: Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen	72
4.10	Modul 10: Stress – Entspannung erlernen	77
4.11	Modul 11: Gefühle – Wegweiser für unser Verhalten	82
4.12	Modul 12: Aggression – Mit Wut umgehen	89
4.13	Modul 13: Mit Angst umgehen – Mut schöpfen	96

4.14	Modul 14: Heimweh – Heimat ist ein Gefühl .....	102
4.15	Modul 15: Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten .....	108
4.16	Modul 16: Rückblick und nach vorne schauen .....	114
	Literatur Kapitel 1 bis 4 .....	119
5	Handouts .....	123
5.1	Handout Modul 1: Ankommen – Wo kommen wir her, wo gehen wir hin .....	123
5.2	Handout Modul 2: Integration – Herausforderung und aktiv werden .....	124
5.3	Handout Modul 3: Depression – Psychoedukation .....	126
5.4	Handout Modul 4: Depression – Aktiv werden .....	128
5.5	Handout Modul 5: Depression – Wege aus dem Schneckenhaus .....	129
5.6	Handout Modul 6: Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen .....	130
5.7	Handout Modul 7: Schlafstörungen – Ruhe finden .....	131
5.8	Handout Modul 8: Stress – Psychoedukation .....	132
5.9	Handout Modul 9: Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen .....	134
5.10	Handout Modul 10: Stress – Entspannung erlernen .....	135
5.11	Handout Modul 11: Gefühle – Wegweiser für unser Verhalten .....	137
5.12	Handout Modul 12: Aggression – Mit Wut umgehen .....	139
5.13	Handout Modul 13: Mit Angst umgehen – Mut schöpfen .....	141
5.14	Handout Modul 14: Heimweh – Heimat ist ein Gefühl .....	143
5.15	Handout Modul 15: Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten .....	145
5.16	Handout Modul 16: Rückblick und nach vorne schauen .....	146
6	Handouts Arabisch .....	147
7	Handouts Dari .....	163

# 1 Theoretische Einführung

Bis 1890 war Deutschland überwiegend ein Auswanderungsland. Dies änderte sich spätestens in der Mitte des 20. Jahrhundert durch das Anwerben von Gastarbeitern. Mit zunehmender Globalisierung und Transnationalisierung wuchsen in den darauffolgenden Jahren sowohl Migrationsbewegungen nach Deutschland als auch die Anzahl meist beruflich bedingter und zeitlich beschränkter Emigrationen aus Deutschland heraus (Sieben & Straub, 2011). Paul Mecheril (2011) spricht in einem wertfreien Sinne davon, dass »Migration beunruhigt«, und meint damit nicht nur geführte Diskurse darüber, wer »wir« sind und wer »wir sein wollen«, sondern auch die durch Migrationsphänomene notwendigen Veränderungen in juristischen, sozialen und gesundheitlichen Strukturen. Sie werden durch Migrationsphänomene grundlegend in ihren Selbstverständnissen, Strukturen und Mustern beeinflusst (Mecheril, 2011).

## 1.1 Die Psychologie der Migration

### 1.1.1 Dynamische Migrationsmodelle

Migration bedeutet neben einem geologischen Übergang von einem Wohnort zum anderen auch eine Veränderung der sozialen und kulturellen Umwelt. Anhand des Maßes an Freiwilligkeit, mit dem eine Migration erfolgt, können verschiedene Migrationstypen voneinander unterschieden werden, wobei keine exakte Trennung zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Migration möglich ist, sondern die beiden Begriffe vielmehr als die Enden eines Kontinuums betrachtet werden können. Migrationsprozesse mit einem relativ hohen Grad an Freiwilligkeit stellen Gastarbeiterschaften oder Spätaussiedlungen dar. Hingegen migrieren Flüchtlinge oder illegale Einwanderer gezwungenermaßen aufgrund von politischen Notwendigkeiten, Kriegsgefahren oder aus ökonomischen Gründen. Das Maß an Freiwilligkeit, mit der migriert wird, beeinflusst in erheblichem Maße den akkulturativen Stress und das Kontrollbewusstsein, das die migrierende Person erlebt (Kizilhan et al., 2009).

Dynamische Modelle von Migrationsprozessen versuchen Belastungen während der Migration darzustellen und basieren auf der Annahme, dass jede Phase durch bestimmte Herausforderungen und Bewältigungsmechanismen charakterisiert ist. Solche Phasenmodelle erfassen emotionale Abläufe systematisch und zeigen, dass Migrationsverläufe über die verschiedenen Migrationstypen hinweg einer kultur- und situationsübergreifenden Regelmäßigkeit unterliegen (Kizilhan, 2011; Machleidt & Heinz, 2011; Sluzki, 1979, 2001).

Auf eine Phase von Belastungen im Herkunftsland folgt eine Vorbereitungsphase. In dieser werden beispielsweise Kontakte mit bereits in das Zielland migrierten Personen geknüpft und für die Migration notwendige Ressourcen

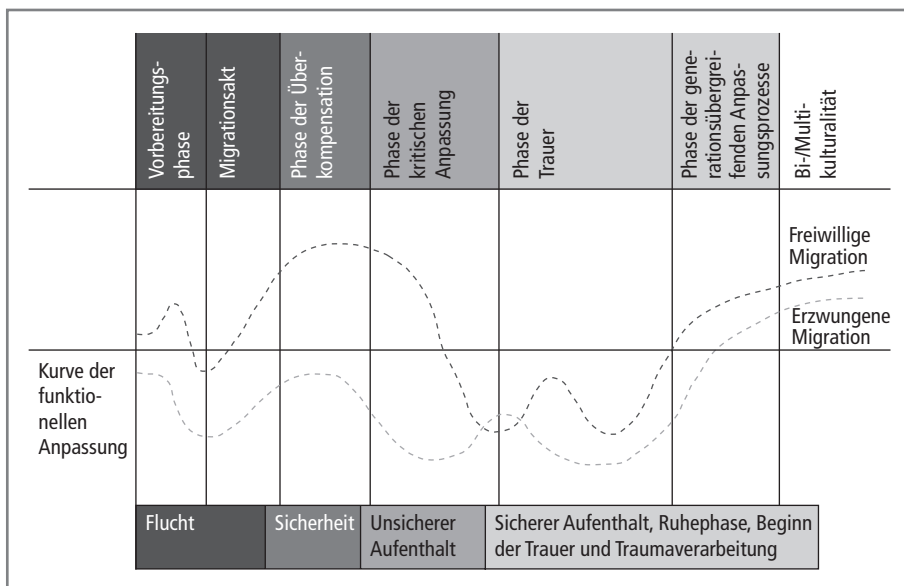
akquiriert. Im Falle einer freiwilligen Migration werden beispielsweise Visa beantragt, bei erzwungener Migration oder illegaler Einwanderung werden Einwanderungsrouten geplant (Sluzki, 1979). Der Akt der Migration selbst kann wenige Stunden (im Falle eines Fluges oder einer Binnenmigration) bis hin zu Monaten dauern. Nach Ankunft im Zielland kommt es in der Regel zu einer Phase der Überkompensation (»Honeymoon«-Phase), in welcher kurzfristig ein hohes funktionelles Anpassungsniveau zu beobachten ist. Hier werden meist recht geringe Belastungen durch migrationsbedingte Stressoren berichtet und Energien, die während des Migrationsaktes freigesetzt wurden, sind ebenso vorherrschend wie Gefühle von Erleichterung und Hoffnung. Hier ist zudem oft ein hohes Maß an Aufgaben- und Lösungsorientierung zu beobachten. Anschließend erfolgt häufig eine Phase der kritischen Anpassung, in welcher die migrierten Personen möglicherweise erleben, dass auf im Herkunftsland bewährte Bewältigungsmechanismen und Ressourcen nicht mehr zurückgegriffen werden kann und die Erwartungen an das Aufnahmeland nicht mit der Realität standhalten können. Im Falle einer erzwungenen Migration stellen Stressoren wie ein unsicherer Aufenthaltsstatus, Verzögerungen in der Bearbeitung des Asylverfahrens oder Unterbringungen in Sammelunterkünften in dieser Phase zusätzliche Stressoren dar und führen, relativ betrachtet, zu einem hohen Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen. Das Zitat einer Teilnehmerin unserer Empowerment-Gruppe zeigt die verzögerte Manifestation psychischer Symptome:

*»Ich war am Anfang so glücklich, angekommen zu sein. Aber bald gab es auch viele Schwierigkeiten. Ich habe kein Deutsch gesprochen und im Heim gab es viele Probleme. Jetzt gehe ich auf die Berufsschule und spreche viel besser Deutsch, aber ich bin trotzdem so traurig und kann mir in der Schule nichts merken.«*

Es ist zu betonen, dass auch Resilienz und Weiterentwicklung zum Reaktionsspektrum gehören, mit dem migrierende Menschen auf die Belastungen im Aufnahmeland reagieren. Nach der Phase der kritischen Anpassung kann es zu einer Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse kommen, infolge derer die migrierte Person eine bi- oder multikulturelle Identität entwickelt.

Die Phasen eines Migrationsprozesses verlaufen nicht immer linear, sondern werden von internen Faktoren (Selbstwirksamkeitserleben der migrierenden Person, Einfluss des Herkunftslandes), externen Faktoren (Integrationsbemühungen des Aufnahmelandes) sowie Prä-, Peri- und Postmigrationsstressoren beeinflusst (► Abb. 1-1).

Prämigrationsstressoren stellen bei Menschen, die unfreiwillig migrieren, häufig traumatische Erfahrungen wie Kriegserlebnisse, Inhaftierungen, Folter, Verfolgung, der Verlust von Bezugspersonen, Umweltkatastrophen sowie die Zerstörung von Eigentum und der eigenen Existenzgrundlage dar. Diese traumatischen Erfahrungen sind dabei seltener singuläre Geschehnisse (Typ-I-Traumata), sondern häufiger längerfristige oder sich wiederholende Ereignisse



**Abb. 1-1** Phasen der Migration  
(nach Kizilhan, 2011; in Weiterentwicklung von Sluzki, 1979, 2001)

(Typ-II-Traumata), die miteinander zusammenhängen und von Menschenhand verursacht sind (Maercker, 2009). Im Falle einer freiwilligen Migration können Faktoren wie Unterbeschäftigung, schlechte wirtschaftliche Entwicklungsperspektiven, aber auch der Wunsch nach einer Familienzusammenführung Prä-migrationsstressoren darstellen. Die genannten Stressoren können in Push- und Pull-Faktoren differenziert werden (Dorigo & Tobler, 1983): Push-Faktoren, sogenannte Druckfaktoren, sind die Bedingungen im Herkunftsland, die Anlass zur Migration geben. Pull-Faktoren, sogenannte Sogfaktoren, stellen Bedingungen im Aufnahmeland dar (z. B. politische Stabilität, religiöse Glaubensfreiheit), welche die Entscheidung zur Migration mitbeeinflussen. Diese Push- und Pull-Faktoren sind nicht unabhängig voneinander zu betrachten, sondern stehen in einer wechselseitigen Beziehung, die in den meisten Fällen zu einem Bündel an Migrationsursachen führt.

Perimigrationsstressoren, die auf den migrierenden Menschen während der Übersiedlung in das Aufnahmeland einwirken können, stellen insbesondere im Falle einer unfreiwilligen Migration Schutz- und Orientierungslosigkeit, Hunger und Kälte, eine mangelnde medizinische Versorgung sowie Überfälle und Übergriffe dar.

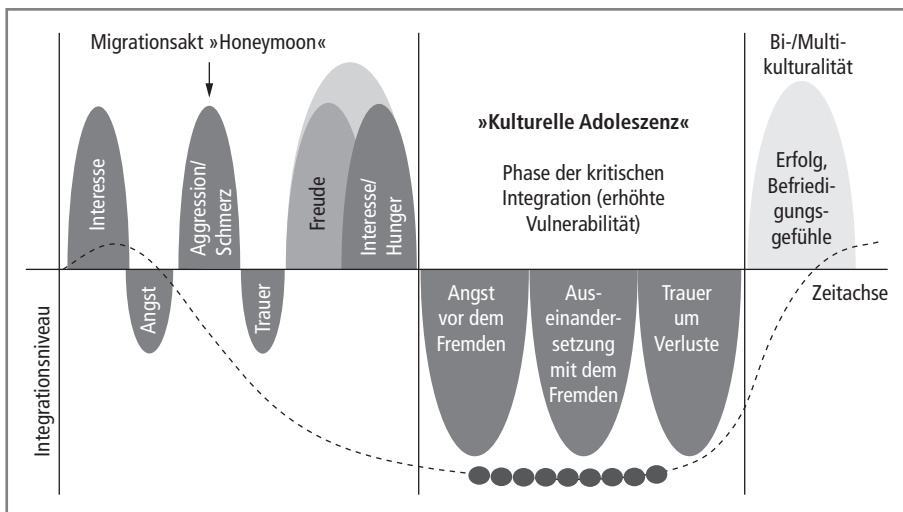
Im Rahmen von Postmigrationsstressoren ist zwischen institutionellen und individuellen Stressoren zu unterscheiden. Institutionelle Stressoren stellen beispielsweise Verzögerungen in der Bearbeitung des Asylverfahrens, Unterbringungen in Gemeinschaftsunterkünften oder eine eingeschränkte Reisefähigkeit dar. Als individuelle Stressoren seien Gefühle von Heimweh und Isolation, Erfahrungen mit Rassismus und Diskriminierung sowie geringe Sprachkenntnisse genannt.

**Merke**

Migrationsprozesse unterliegen über verschiedene Kulturen und Situationen hinweg einer Regelmäßigkeit. Auf den Akt der Migration folgt meist eine Zeit der Überkompensation. Diese wird abgelöst von Phasen der kritischen Anpassung und Trauer, während derer, relativ betrachtet, ein erhöhtes Risiko für die Manifestation psychischer Symptome besteht.

## 1.1.2 Die Emotionslogik der Migration

Die einzelnen Phasen eines Migrationsprozesses werden nicht nur durch distinkte Herausforderungen und Stressoren geprägt, sondern auch durch vorherrschende Gefühle charakterisiert. Diese wurden von Machleidt & Heinz (2011) in Erweiterung an das Phasenmodell der Migration (► Abb. 1-1) systematisch dargestellt (► Abb. 1-2). Das Modell differenziert vor allem Emotionen, die mit der Ablösung aus dem Herkunftsland assoziiert sind, und solche, die während der Phase der Ankunft und Integration in das Aufnahmeland erlebt werden.



**Abb. 1-2** Die Emotionslogik im Migrationsprozess (Machleidt & Heinz, 2011)

Allen Migrationsprozessen gehen zunächst ein Interesse und eine Hoffnung auf einen Neubeginn unter besseren Lebensbedingungen voraus. Migration hat dabei häufig ein »utopisches Moment«, in welchem eine große Hoffnung auf die Realisation von Plänen, die bislang nicht möglich waren, erlebt wird (Machleidt & Heinz, 2011). Das zweite Grundgefühl vor dem Migrationsakt selbst ist die Angst vor dem Unbekannten. Diese hat die Funktion, Chancen und Risiken der geplanten Migration abzuwägen. Der Akt der Migration selbst geht immer mit einem Trennungsschmerz einher, eng verbunden mit einer kurzen Phase der Trauer um das Zurückgelassene. Nach Ankunft im Aufnahmeland werden meist

Gefühle von Freude und Erleichterung sowie eine Begeisterung und Faszination für das Aufnahmeland erlebt (»Honeymoon«-Phase).

Die Ankunft im Aufnahmeland und die Integration in dessen Kultur folgt ebenso einer Emotionslogik, die sich unter dem Begriff der »kulturellen Adoleszenz« zusammenfassen lässt. Es geht hier um die Gewinnung einer neuen sozialen Existenz und die Auseinandersetzung mit der Kultur des Ankunftslandes. Ängste vor dem Fremden, Gefühle von Heimweh sowie die Trauer um Verluste und über das Verlassen des eigenen Kulturraums werden erlebt und wollen verarbeitet werden. Diese Entwicklungsaufgabe geht mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Erkrankungen einher (Machleidt, 2007), führt im Falle einer erfolgreichen Verarbeitung aber zu einer neuen, bikulturellen Identität, in der das Individuum oder ganze Familien neue Verhaltensregeln und Gewohnheiten ausloten. Werden alte und neue Regeln erfolgreich integriert, gehen migrierte Menschen aus dieser Phase häufig stärker und resilienter hervor (Machleidt & Heinz, 2011).

Aufgrund der Bedeutsamkeit des emotionalen Erlebens im Migrationsprozess und der Notwendigkeit der Verarbeitung dieser Gefühle werden im Empowerment-Manual Gefühle von Angst, Ärger und Heimweh betrachtet, ihre Funktionen erarbeitet und funktionale Strategien zur Regulation der Gefühle vermittelt.

## 1.2 Affektive Störungen bei Menschen mit Migrationserfahrungen

### 1.2.1 Prävalenzen affektiver Störungen bei Migranten

Migration stellt ein kritisches Lebensereignis dar, welches als ein Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen betrachtet werden kann, ohne kausal zu psychischen Problemen zu führen (Sieben & Straub, 2011). Neben der Betrachtung von Migration als ein potenziell krankmachendes Ereignis wird in jüngerer Zeit jedoch auch der Einfluss migrationsspezifischer Ressourcen (soziale Unterstützung durch Familie und Gemeinschaft, Verbesserung der Lebenssituation) auf die psychische Gesundheit diskutiert. Studien in Zuwanderungsländern zeigen, dass insbesondere Menschen, die aus eigenem Antrieb migrieren, in der Regel motiviertere, wohlhabendere, robustere und belastbarere Menschen sind (Kizilhan, 2011). Dieser sogenannte *Healthy Migrant Effect* ist stärker ausgeprägt, wenn die Distanz zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland größer ist und sich beide Länder hinsichtlich politischer und kultureller Muster unterscheiden (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge & Koch, 2008, 2011; Kizilhan, 2011). Eine mögliche Erklärung für den Effekt ist, dass Ressourcen wie ein junges Alter, eine gute physische Gesundheit und ein Maß an Anpassungsfähigkeit notwendig sind, um die geologischen und kulturellen Distanzen zu überwinden.

Die bisherige Studienlage zu Prävalenzen psychischer Erkrankungen von Menschen mit Migrationserfahrungen und Nicht-Migranten ist heterogen und lässt keine allgemeingültigen Aussagen über mögliche Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen in beiden Gruppen zu (Glaesmer et al., 2009;



Levecque et al., 2007; Swinnen & Selten, 2007). Die gemischte Ergebnislage ist zurückzuführen auf unterschiedliche methodische Ansätze, heterogene Migrantenpopulationen und unterschiedliche Bedingungen in Herkunfts- und Zielländern. Eine differenzierte Betrachtung der heterogenen Population von Menschen mit Migrationserfahrungen ist für eine adäquate Versorgung deshalb notwendig. Eine repräsentative Studie an Menschen mit Migrationshintergrund (Flüchtlinge und illegale Einwanderer ausgenommen) zeigt keine signifikant höheren Prävalenzen für affektive Störungen und Posttraumatische Belastungsstörungen (Glaesmer et al., 2009).

Flüchtlinge und illegale Einwanderer stellen eine Untergruppe dar, die gesondert betrachtet werden sollte. Metaanalytische Untersuchungen finden Prävalenzraten von 31–44 % für affektive Erkrankungen bei Geflüchteten (Lindert et al., 2009; Steel et al., 2009). 2012 wurden bei 63 % der Bewohner einer Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge in Bayern eine oder mehrere psychische Störungen diagnostiziert (Richter et al., 2015). Auch finden sich Korrelationen zwischen der Dauer des Asylverfahrens sowie der Häufigkeit psychischer Erkrankungen und körperlicher Gesundheitsprobleme (Laban et al., 2004; Momartin et al., 2006).

#### **Merke**

Laut aktueller Datenlage weisen Migranten keine erhöhte Prävalenz für psychische Erkrankungen auf. Migration stellt vielmehr ein kritisches Lebensereignis dar, das mit zusätzlichen Entwicklungsaufgaben einhergeht, die es zu bewältigen gilt.

Eine Subpopulation bilden geflüchtete und illegal migrierte Menschen. Sie erleben mehr Prä-, Peri- und Postmigrationsstressoren als freiwillig migrierende Personen. Infolgedessen zeigen sich hier erhöhte Prävalenzzahlen für psychische Erkrankungen, insbesondere für Traumafolgestörungen und affektive Erkrankungen.

### **1.2.2 Depressive Symptome im Kulturvergleich**

Das in westlichen Gesellschaften entwickelte Konzept affektiver Störungen weicht teilweise von der Phänomenologie depressiver Erkrankungen in außereuropäischen Kulturen ab und fordert unsere professionelle Wahrnehmung zu einer Umorientierung heraus. In westlichen Kulturen gilt die Störung des Affekts als das zentrale Hauptmerkmal der Depression, während in nicht-westlichen Kulturen auch andere Symptome das klinische Bild prägen können (Aichberger et al., 2008). Eine Studie an österreichischen und pakistanischen Patienten zeigt, dass Erstere häufiger Schuldgefühle, Suizidgedanken und Antriebslosigkeit berichteten, wohingegen sich Angst, Unruhe und somatische Symptome häufiger bei den pakistanischen Patienten fanden (Stompe et al., 2001). Während auch in westlichen Kulturen vegetative Störungen, körperliche Missempfindungen sowie Störungen von Appetit und Schlaf als charakteristisch für depressive Störungen angesehen werden, liegt der Fokus in außereuropäischen Kulturen häufig noch stärker auf diesen somatischen Störungen.

Gleichwohl werden Symptome von Interessenlosigkeit und Konzentrations-

störungen von einem Großteil der depressiven Patienten über zahlreiche kulturelle Kontexte hinweg berichtet (Jablenksy et al., 1981).

### 1.2.3 Kultursensibilität in der Therapie affektiver Störungen

Kulturelle Hintergründe von Behandler und Patient beeinflussen gleichermaßen zahlreiche Faktoren im therapeutischen Prozess. Aufseiten des Patienten nimmt die kulturelle Prägung Einfluss auf die Wahrnehmung von Symptomen, die Begriffe, mit denen diese beschrieben werden, die Erklärung von Krankheiten und die Einstellung zu Behandlungsangeboten. Der kulturelle Hintergrund des Behandlers beeinflusst insbesondere dessen Arbeitsweise sowie die Art und Weise, wie die Behandler-Patient-Beziehung gestaltet wird.

Von großer Bedeutung in der kultursensiblen Therapie mit Menschen aus nicht-westlichen Kulturen sind demnach Offenheit, Neugierde und die kontinuierliche Reflexion der eigenen kulturellen Einstellungen. Werden die kulturellen Unterschiede zwischen Behandler und Patient reflektiert und bewusstsgemacht, so zeigen unsere bereits verfügbaren Interventionen zur Behandlung von affektiven Störungen bei Patienten aus nicht-westlichen Kulturen eine vergleichbare Wirksamkeit wie bei Patienten aus dem westlichen Kulturkreis (Schraufnagel et al., 2006).

In diesem Sinne enthält das Empowerment-Manual Modelle und Techniken, deren Evidenz in der Therapie mit Menschen aus westlichen Kulturen gezeigt wurde und die nun kultursensibel angewandt werden.

Im Rahmen der anamnestischen Erhebung mit Patienten mit Migrationserfahrungen sollten migrationsspezifische Aspekte unbedingt berücksichtigt und ausführlich eruiert werden (Callies & Behrens, 2011). Die Frage nach den Jahren, die im Heimatland verbracht wurden, fördert den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und liefert dem Behandler Informationen über kulturelle Werte, Traditionen und Haltungen, die in der weiteren Behandlung berücksichtigt werden sollten. Während in der Psychotherapie mit westlich sozialisierten Patienten der Schwerpunkt häufig auf der Förderung von Individualisierung und Autonomie der Patienten liegt, kann sich in der Arbeit mit Patienten aus kollektivistischen Kulturen eine werteorientierte Ausrichtung der Therapieziele auf soziale Werte und Rollenerwartungen als hilfreich erweisen (Assion et al., 2011). Die therapeutischen Ziele sollten dabei immer gemäß den kulturellen Hintergründen der Patienten definiert werden (Assion et al., 2011). Konkret kann dies in der Therapie mit depressiven Patienten aus nicht-westlichen Kulturen beispielsweise bedeuten, dass sich die therapeutische Intervention der Verhaltensaktivierung (► Modul 4) stark an den Werten Familie und Gemeinschaft orientiert. Eine Teilnehmerin einer Empowerment-Gruppe gab im Anschluss an die Erarbeitung positiver Aktivitäten folgende Rückmeldung:

*»Ich habe diese Woche seit Langem wieder Kabuli [afghanisches Reisgericht] gekocht. Meine Kinder waren darüber so glücklich und das hat die Schmerzen in meinem Herz ein bisschen weniger gemacht. Und ich war bei meinen Nachba-*

*rinnen zum Teetrinken, obwohl ich davor eigentlich keine Lust hatte. Danach ging es mir aber ein wenig besser, weil sie mich ein bisschen zum Lachen gebracht haben.»*

Die zumeist ausgeprägten Werte von Familie und Gemeinschaft können als kulturspezifische Ressourcen betrachtet werden, die in der Depressionsbehandlung markiert und gefördert werden sollten. Auch gilt es in der Therapie, die Anstrengungen, welche die Patienten durch den Prozess der Migration unternommen haben, zu validieren und anzuerkennen. Im Rahmen des Empowerment-Manuals stellen die Gruppenteilnehmer im ersten Modul anhand einer großen Weltkarte ihre Migrationsroute nach. Die für die Migration unternommenen Risiken und erlebte Belastungen werden dabei durch den Therapeuten validiert und während des Prozesses der Migration aktivierte Ressourcen gespiegelt.

Neben der Reflexion des eigenen kulturellen Hintergrundes sowie der Exploration und Förderung kulturspezifischer Ressourcen ist die Entwicklung einer gemeinsamen Vorstellung von der Krankheit und ihrer Entstehung essenziell für eine wirksame Behandlung. Während Patienten aus westlichen Kulturen häufig biologische Ursachen und stressvolle Lebensbedingungen als Erklärungen für affektive Störungen heranziehen, wird die Erkrankung in nicht-westlichen Kulturen häufig auf moralische Gründe zurückgeführt. Ein offener Dialog darüber, wie ein Sachverhalt oder Problem verstanden wird, fördert das Verständnis für die kulturellen Einstellungen der Patienten und den Aufbau einer tragfähigen Behandler-Patient-Allianz.

#### **Merke**

Werden kulturelle Unterschiede zwischen Behandler und Patient berücksichtigt und reflektiert, so unterscheiden sich Interventionen zu Behandlung von affektiven Störungen bei Patienten verschiedener Kulturkreise nicht hinsichtlich ihrer Wirksamkeit.

Für ein kultursensibles Arbeiten sind eine wertfreie, offene Haltung und die Reflexion der eigenen kulturellen Einstellungen von Bedeutung.

### **1.3 Sprach- und Kulturmittler in der psychotherapeutischen Arbeit**

Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil von Behandler-Patient-Beziehungen. Dies trifft insbesondere auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Setting zu, in welchem die Sprache, eingebettet in die jeweilige Kultur, das entscheidende therapeutische Instrument darstellt (Morina et al., 2010). Kommt es in medizinischen Kontexten zu einer mangelnden Verständigung zwischen Behandler und Patient, kann dies zu einer Reduktion des Gesprächs auf das Allernotwendigste führen und Behandler können dem Recht des Patienten auf vollständige und verständliche Information (Aufklärungspflicht) nicht in vollem Umfang nachkommen (Weiss & Stuker, 1998). Mangelnde Verständigung und

infolgedessen ein begrenzter Zugang zum individuellen Krankheitserleben des Patienten erhöhen die Gefahr von Fehldiagnosen und -behandlungen und führen häufiger zu unfreiwilligen Klinikaufnahmen (Bäårnhjelm et al., 2015; Künzler et al., 2004).

Auch kann eine mangelnde Verständigung dazu führen, dass krankheitsbedingte Verhaltensweisen, Äußerungen oder Probleme des Patienten fälschlicherweise als kulturspezifische Verhaltensmuster, Werte und Normen interpretiert werden (Weiss & Stuker, 1998).

In medizinischen Kontexten können Dolmetscher verschiedene Aufgaben übernehmen, die von kulturellem Mediator über Patientenfürsprecher bis hin zu Co-Therapeut reichen (Morina et al., 2010; Weiss & Stuker, 1998). Dabei bewegt sich das Verhalten des Dolmetschers, in Abhängigkeit von seiner Aufgabe, auf einem Kontinuum, welches von Neutralität bis zur Identifikation mit einem der beiden Gesprächspartner reicht (Steiner, 1997). In der spezifischen Situation der Psychotherapie wird der Dolmetscher hingegen als ein mündliches, bidirektionales Sprachmittel verstanden (Morina et al., 2010), wobei er als möglichst abstinenter Übermittler Informationen von einem Sprecher zum anderen transferiert (Sleptsova et al., 2015). Behandler und Patient können sich so in ihrer Muttersprache verständigen und kulturelle Unterschiede können durch den Dolmetscher verbalisiert und kontextualisiert werden (Kluge, 2011). Auch wenn Patienten ausreichend Deutsch sprechen, um den Alltag in Deutschland zu gestalten, so werden emotionale Erfahrungen in der Muttersprache eher aktiviert und in der Therapie erlebbar gemacht (Assion et al., 2011). Das Verbalisieren des eigenen Erlebens in der Muttersprache kann das Selbstvertrauen von Patienten mit Migrationshintergrund stärken, die Beteiligung am therapeutischen Prozess erhöhen und die Compliance fördern (Morina et al., 2010).

#### **Merke**

Das Dolmetschen in psychotherapeutischen Kontexten sollte ausschließlich von professionell geschulten Sprachmittlern übernommen werden. Laiendolmetscher (z.B. Familienangehörige) werden im klinischen Alltag oft einbezogen, bringen aber Faktoren mit (z.B. fehlende emotionale Distanz, eigene Probleme in der Sprachkompetenz), die für den Behandler mitunter schwer einzuschätzen sind.

Auch trauen sich Patienten häufig nicht, vor dolmetschenden Familienmitgliedern über intime Angelegenheiten zu sprechen.

### **1.3.1 Handlungsempfehlungen für die Durchführung von Dolmetschereins tzen**

Für den Einsatz von professionellen Dolmetschern in psychotherapeutischen Settings gibt es keine offiziellen Standards. Folgende Punkte zum Rollenverständnis und der Art der Sprachmittlung sollten zur Sicherung der Qualität der Dolmetscherleistung jedoch Beachtung finden:

**Vor- und Nachbesprechungen** Vor dem Dolmetschereinsatz sollte der Therapeut in einem kurzen Vorgespräch den Sprachmittler über Inhalte, Ziele und Dauer des Gesprächs sowie Abrechnungsmodalitäten informieren. Der Therapeut klärt den Dolmetscher über das Rollenverständnis und die Schweigepflicht auf. Werden im Rahmen von Psychotherapien spezifische Interventionen (z. B. Expositionsübungen) durchgeführt, sollte der Therapeut den Dolmetscher darüber ebenfalls vorab informieren. Im Anschluss an das Gespräch sollten Therapeut und Dolmetscher die Möglichkeit für einen kurzen gegenseitigen Austausch haben. Kommt der Dolmetscher aus demselben Land wie der Patient, kennt er sich meist mit kulturellen und sozialen Gegebenheiten, politischen Geschehnissen sowie möglichen kulturspezifischen Krankheitskonzepten aus. In diesem Fall kann dem Dolmetscher neben der Rolle des Sprachmittlers auch die eines Kulturmittlers zukommen.

**Rollenverantwortung** Während der Sitzung mit Patienten liegt die Verantwortung für die inhaltliche Gestaltung des Gesprächs in der Hand des Therapeuten, wohingegen der Dolmetscher die Mittelung der Gesprächsinhalte übernimmt. Diese Rollen sollten a priori definiert und transparent gemacht werden, um Rollenkonfusionen und daraus resultierenden Frustrationen und Störungen des Therapieverlaufs vorzubeugen. Der Therapeut übernimmt in der Sitzung die Vorstellung des Dolmetschers und klärt den Klienten über seine eigene Schweigepflicht und die des Dolmetschers auf. Insbesondere in der Arbeit mit Menschen, die im Rahmen von Folter und Vertreibung häufig Erfahrungen mit Verrat und Vertrauensmissbrauch gemacht haben, ist die Betonung der Schweigepflicht von großer Bedeutung.

**Schweigepflicht, Neutralität und Loyalität** Dolmetscher sollten sich im Gespräch allparteilich gegenüber allen Gesprächspartnern verhalten. Der Dolmetscher sollte sich dahingehend loyal gegenüber dem Therapeuten verhalten, als dass keine Kontakte zwischen Dolmetscher und Patient außerhalb der Übersetzungsgespräche stattfinden.

**Sitzordnung** Hinsichtlich der Gestaltung der Sitzordnung von Therapeut, Dolmetscher und Patient unterscheiden sich Einzel- und gruppentherapeutische Behandlungssettings. In psychotherapeutischen Einzelsitzungen kommen häufig Stuhlanordnungen in Form von gleichschenkligen Dreiecken zur Anwendung sowie Anordnungen, bei denen sich Therapeut und Patient gegenüber sitzen, während der Dolmetscher versetzt hinter dem Klienten Platz nimmt (Kluge, 2011). In gruppentherapeutischen Sitzungen sitzen Therapeut und Dolmetscher nebeneinander (Abdallah-Steinkopff, 2017).

**Dolmetschen in der Ich-Form** Das Dolmetschen in der Ich-Form fördert ein enges Verhältnis zwischen Behandler und Patient. Berichten Patienten beispielsweise traumatische Erlebnisse (z. B. Foltererfahrungen), so kann die wortwörtliche Wiedergabe des Gesagten in der Ich-Form für den Dolmetscher als zu belastend erlebt werden. Hier kann ein Wechseln in die indirekte Rede notwendig und hilf-

reich sein, um die Weiterführung des Gesprächs zu ermöglichen (Morina et al., 2010; Orth, 2001).

**Konsekutive Übersetzung** Die konsekutive Übersetzung, bei der absatzweise gedolmetscht ist, stellt in psychotherapeutischen Settings die Methode der Wahl dar. Es ist bei der konsekutiven Übersetzung notwendig, regelmäßige Pausen zu machen, um die Sinneinheiten für den Dolmetschenden nicht zu groß werden zu lassen (Kluge, 2011). In der Praxis haben sich Pausen nach zwei bis drei gesprochenen Sätzen bewährt (Abdallah-Steinkopff, 1999). Falls notwendig, kann der Dolmetscher durch ein Handzeichen eine Pause einfordern. Die konsekutive Übersetzung ermöglicht dem Therapeuten, sich während der Übersetzungen auf die nonverbale Kommunikation des Patienten zu konzentrieren.

### 1.3.2 Mögliche Schwierigkeiten in der Arbeit mit Dolmetschern

Unter Einbezug eines Dolmetschers tritt eine weitere Fachperson in das therapeutische Setting ein und es findet ein Wechsel der üblichen Dyade Behandler – Patient hin zu einer Triade Therapeut – Patient – Dolmetscher statt (Morina et al., 2010). Dieser Settingwechsel beinhaltet die oben genannten Chancen und stellt gleichermaßen alle drei Beteiligten vor Herausforderungen.

Das psychotherapeutische Setting mit Dolmetschern stellt keinen Trialog im Sinne eines gleichberechtigten Gesprächs zwischen allen drei Beteiligten dar. Vielmehr ist der »Dialog im Trialog«, also das Gespräch zwischen Behandler und Patient unter Zuhilfenahme der Sprachmittlung, das angestrebte Kommunikationsmuster (Morina et al., 2010). Während der Therapeut vom Dolmetscher Neutralität erwartet, erhoffen sich Patienten von Dolmetschern häufig großen Einsatz und Unterstützung, möglicherweise auch über das therapeutische Setting hinaus. Dolmetscher sind demzufolge mitunter professionellen Erwartungen vonseiten des Therapeuten ausgesetzt, die sich von moralischen Erwartungen aufseiten des Patienten unterscheiden (Abdallah-Steinkopff, 1999). Dies erfordert, dass die Rolle des Dolmetschers vor dessen Einsatz an alle Beteiligten transparent kommuniziert wird.

Die zu übersetzenden Aussagen des Patienten können dabei eine Herausforderung für den Dolmetscher darstellen. Sind diese bruchstückhaft oder missverständlich, kann der Dolmetscher die Sorge haben, bei wortgetreuer Übersetzung vom Therapeuten als sprachlich inkompetent angesehen zu werden (Morina, 2007). Dies kann in der Praxis dazu führen, dass Dolmetscher bruchstückhafte Aussagen vervollständigen und so von einer wortgetreuen Übersetzung abweichen. Auch kommt es vor, dass Dolmetscher direkt eingreifen, wenn der Patient eine Frage des Therapeuten nicht versteht und die Frage erklären oder in anderer Formulierung erneut stellen. Dabei gehen für den Therapeuten wichtige Informationen hinsichtlich Krankheitsverständnis, Kommunikationsstil und »gemeinsamen Verstehens« des Gesagten verloren. Hat der Therapeut das Gefühl, dass der Dolmetscher im Gespräch von wortgetreuen Übersetzungen abweicht, sollte dies in der anschließenden Nachbesprechung thematisiert werden.

Auch soziale und biografische Daten von Patient und Dolmetscher können zu verschiedenen Konflikten führen und sollten bei der Wahl eines geeigneten Dolmetschers beachtet werden. Die gemeinsame Herkunft aus einem Bürgerkriegsland kann beim Patienten eine Unsicherheit hinsichtlich der politischen Haltung des Dolmetschers verursachen (Fessler & von der Lippe, 2013). Weiterhin können Unterschiede im Migrationsverlauf oder im sozialen Status zwischen Patient und Dolmetscher (z. B. bedingt durch eine frühere Migration des Dolmetschers aus dem gemeinsamen Herkunftsland) aufseiten des Patienten Gefühle der Benachteiligung entstehen lassen. Der Patient sollte deshalb zu Beginn der Sitzung die Möglichkeit haben, Fragen hinsichtlich Herkunft und Dialekt an den Dolmetscher zu stellen, um eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zu fördern. Das Geschlecht des Dolmetschers hat mitunter eine größere Bedeutung als das des Therapeuten, da Ersterer häufig demselben kulturellen Kontext entstammt. Insbesondere bei tabuisierten, schambesetzten Themen (z. B. sexuelle Gewalt, Folter) zeigen praktische Erfahrungen, dass sowohl männliche als auch weibliche Patienten häufig eine weibliche Dolmetscherin bevorzugen (Abdallah-Steinkopff, 1999).

Aufseiten des Therapeuten tritt durch Hinzunahme eines Sprach- und Kulturmittlers eine weitere Fachperson in den therapeutischen Raum; aufgrund der gemeinsamen Sprache scheint der Dolmetscher den Patienten hinsichtlich sozialer und ethnischer Herkunft häufig schneller einschätzen zu können, auch kann er ihn aufgrund der Sozialisierung im selben kulturellen Kontext häufig besser verstehen. Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist im Vergleich dazu anfangs häufig neutraler, möglicherweise unbefangener, aber mitunter zu Beginn der Therapie auch distanzierter als zwischen Dolmetscher und Patient (Abdallah-Steinkopff, 1999). Dies kann dazu führen, dass die Dyade Dolmetscher – Patient verstärkt wird und der Therapeut sich überflüssig fühlt oder mit dem Dolmetscher in eine Konkurrenz um die Gunst des Patienten gerät (Morina, 2007). Dies sollte vom Therapeuten erkannt und mit dem Dolmetscher im Anschluss an das Gespräch besprochen werden.



## 2 Grundlagen des Empowerment-Manuals

### 2.1 Einsatzmöglichkeiten

Das Empowerment-Manual kann im Rahmen von ambulanten oder stationären Behandlungsangeboten Anwendung finden sowie in Gruppen- und Einzelsettings eingesetzt werden. Insbesondere psychiatrische und psychosomatische Kliniken, Beratungsstellen, psychotherapeutisch orientierte Praxen und Gemeinschaftsunterkünfte könnten von einer Anwendung profitieren. Das Manual richtet sich vorwiegend an Psychologen, Psychologische Psychotherapeuten und Ärzte.

Wir empfehlen darüber hinaus, die Gruppe durch einen Co-Therapeuten begleiten zu lassen, damit Letzterer im Falle von akuten Krisen oder dissoziativen Zuständen unterstützend eingreifen kann. Die Rolle des Co-Therapeuten kann beispielsweise durch psychiatrische Fachpflegekräfte oder Sozialarbeiter übernommen werden.

Das Manual ist für die Anwendung durch einen deutschsprachigen Therapeuten und einen Sprach- und Kulturmittler konzipiert. Ziel ist es, dass die Patienten so von einer sprach- und kultursensiblen Übersetzung profitieren können und gleichzeitig die Möglichkeit haben, die deutsche Sprache besser zu erlernen. In der zeitlichen Planung der Stunden ist die Dauer der konsekutiven Übersetzungen durch den Sprach- und Kulturmittler bereits berücksichtigt. In Abhängigkeit von den Sprachfähigkeiten der Gruppenteilnehmer ist die Anwendung des Manuals jedoch auch ohne Sprach- und Kulturmittler und lediglich in deutscher Sprache möglich. Die zeitliche Dauer für die Durchführung eines Moduls beträgt dann ca. 60 Minuten.

Kommt das Manual mit Unterstützung eines Sprach- und Kulturmittlers zur Anwendung, so ist es notwendig, dass zwei Flipcharts verwendet werden, auf denen die Informationen in beiden Sprachen dargestellt werden. Flipcharts, auf denen lediglich Inhalte vorgestellt oder in der Stunde nur noch wenige Informationen ergänzt werden, können der Einfachheit halber schon vor der Sitzung in beiden Sprachen vorbereitet werden.

#### 2.1.1 Gruppensetting

Das Empowerment-Manual wurde ursprünglich zum Einsatz in Gruppensettings konzipiert. Aus unserer klinischen Erfahrung profitieren insbesondere Menschen mit Migrationserfahrungen von der Therapie in einem Gruppensetting, da sie Gefühlen von Isolation entgegenwirken kann und die Erfahrungsberichte durch andere Gruppenmitglieder häufig glaubwürdiger und motivierender sind als einzig die psychoedukative Vermittlung durch den Gruppenleiter. Nicht selten berichten Gruppenteilnehmer wiederholt, dass sie sich durch interpersonelle Lern-



erfahrungen an Modellen aus ihrem eigenen kulturellen Hintergrund oder mit ähnlichen Migrationserfahrungen motiviert fühlen, ihr Leben in Deutschland aktiver zu gestalten.

Erfahrungsgemäß sollten die Gruppen hinsichtlich des Geschlechts homogen sein. Dies fördert in nicht-westlichen Kulturen einen offenen Austausch über Symptome depressiver Störungen und Bewältigungsstrategien sowie den Umgang mit Gefühlen, die je nach Kultur und Geschlecht schambesetzt sein können. Wir empfehlen eine Gruppengröße von mindestens vier und maximal zwölf Teilnehmern.

Die Frage, ob die Gruppenteilnehmer bezüglich ihres kulturellen Hintergrundes und der Sprache homogen sein sollten, ist differenziert zu betrachten. In unserer klinischen Erfahrung haben sich sowohl kulturhomogene als auch -heterogene Gruppen bewährt.

Während es in kulturhomogenen Gruppen manchmal größere Vorbehalte gibt, vor den anderen Gruppenmitgliedern über persönliche Stressoren zu sprechen, haben diese den Vorteil, dass sich die Teilnehmer über Prä- und Postmigrationsstressoren im Heimat- und Exilland austauschen können. Das folgende Zitat einer afghanischen Gruppenteilnehmerin in einer kulturhomogenen Gruppe zeigt, dass die Gruppenteilnahme gleichzeitig Herausforderung und Chance für korrigierende Erfahrungen sein kann:

*»Am Anfang wollte ich gar nicht richtig in die Gruppe kommen. Ich bin es nicht gewohnt, vor anderen Frauen über meine Probleme zu sprechen. Ich habe Angst, dass dann schlecht über mich geredet wird. Inzwischen habe ich durch die Gruppe Schwestern gefunden. Ich weiß, ich darf über alles sprechen und es wird nichts weitererzählt. Ich merke, dass ich mit meiner Situation nicht alleine bin.«*

Im Sinne einer integrationsfördernden Maßnahme und aus Sicht der Praktikabilität der Durchführung der Gruppe ist es auch möglich, kulturheterogene Gruppen anzubieten. Einige Patienten berichten, dass sie sich in kulturheterogenen Gruppen freier fühlen, eigene Belastungen mitzuteilen, und dass sie das Gefühl haben, weniger auf ihre Herkunft reduziert zu werden als in einer Gruppe mit Menschen, die unmittelbar ihrer eigenen Kultur entstammen.

### 2.1.2 Einzelsetting

Kommt das Manual in einem einzeltherapeutischen Setting zum Einsatz, verkürzen sich die verschiedenen Module von 90 auf ca. 50 Minuten. In einem einzeltherapeutischen Setting kann individueller auf das Störungsmodell des Patienten und dessen Symptomatik eingegangen werden als in der Gruppe. So kann im Themenbereich Psychoedukation (► Module 1–5) beispielsweise ein individualisiertes Vulnerabilitäts-Stress-Modell für die Entstehung der Depression erarbeitet werden, im Themenbereich Bewältigungskompetenzen (► Module 6–10) lassen sich persönliche Auslöser für Stress und stressverschärfende Gedanken ermitteln und der Themenbereich Umgang mit Gefühlen (► Module 11–16) lässt

es zu, dass individuelle emotionale Netzwerke für spezifische Gefühle erarbeitet werden.

## 2.2 Indikationen

Das Empowerment-Manual richtet sich an Menschen mit Migrationserfahrungen und affektiven Störungen. Komorbide Störungen wie Posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen oder Abhängigkeitserkrankungen stellen keine Kontraindikation für eine Gruppenteilnahme dar. Da die Teilnehmer im Rahmen des Manuals auch Stressbewältigungsstrategien und emotionsregulatorische Fähigkeiten erlernen, kann eine Gruppenteilnahme sogar einen positiven Einfluss auf die Verläufe komorbider Erkrankungen nehmen. Eine Teilnahme an der Empowerment-Gruppe ist auch im Vorfeld zu einer traumaspezifischen Behandlung möglich und kann eine stabilisierende Wirkung haben.

Prägt jedoch die komorbide Störung vorherrschend das klinische Bild und resultiert in einer hohen Belastung durch Intrusionen, Flashbacks, Panikattacken oder Abhängigkeitssymptomen, so ist von vornherein eine spezifische psychotherapeutische Behandlung für die komorbide Störung indiziert.

## 2.3 Zusammenarbeit mit Dolmetschern

Im Rahmen des Empowerment-Manuals fungieren Sprach- und Kulturmittler als Sprachrohr und stellen sicher, dass im Einzel- oder Gruppensetting alle Teilnehmenden die Therapieinhalte gut verstehen können. Bei der Anwendung des Manuals haben sich die in ► Kapitel 1.3.1 beschriebenen Handlungsempfehlungen für die Zusammenarbeit mit Dolmetschern bewährt. Dolmetscher, die im Rahmen des Empowerment-Manuals zum Einsatz kommen, sollten demzufolge konsekutiv, in der Ich-Form und inhaltsgetreu dolmetschen. Unseren Erfahrungen nach ist es von Vorteil, in einer Frauengruppe eine weibliche Dolmetscherin einzusetzen. In Gruppen mit männlichen Patienten haben sich in der Praxis männliche und weibliche Sprachmittler bewährt. In einem Einzelsetting sollte der Dolmetscher zwischen Behandler und Patient Platz nehmen. In einem Gruppensetting sitzt der Dolmetscher neben dem Therapeuten. Unseren Erfahrungen nach ist es auch möglich, Gruppen mit Teilnehmern durchzuführen, die zwei Sprachen sprechen. In einem solchen Fall kommen zwei Dolmetscher zum Einsatz, die jeweils neben den Gruppenteilnehmern Platz nehmen sollten, die ihre Sprache sprechen.

In der praktischen Anwendung des Manuals mit Sprach- und Kulturmittlern ist es notwendig, in einfachen, kurzen Sätzen zu sprechen. Auf Nebensätze sollte dabei nach Möglichkeit ebenso verzichtet werden wie auf abstrakte Begriffe und Fachwörter. Es hat sich bewährt, nach zwei bis drei Sätzen Pausen einzulegen, die dem Dolmetscher in regelmäßigen Abständen das Übersetzen ermöglichen (Abdallah-Steinkopff, 1999).

## 2.4 Zugrunde liegende Therapiemanuale

Das Empowerment-Manual basiert auf evidenzbasierten Therapiemanualen zur Behandlung affektiver Erkrankungen, stressbedingter Belastungen und Manua-len zur Emotionsregulation. Das Manual »Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen« (Schaub et al., 2013) wurde ebenso für die Entwicklung dieses Manuals herangezogen wie das DBT-Programm von Bohus und Wolf-Arehult (2013). Darüber hinaus wurde auf Manuale zurückgegriffen, die speziell für die kultursensible Therapie von Menschen mit Migrationserfah-rungen entwickelt wurden: das Manual »Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen« von Liedl et al. (2013) und das »Manual Interkulturelle Psychoeduka-tion« von Assion et al. (2017).

## 3 Anwendung des Manuals

### 3.1 Aufbau

Ziel des Manuals ist es, Menschen mit affektiven Erkrankungen und Migrationserfahrungen Wissen über die Erkrankung und den Umgang mit depressiven Symptomen zu vermitteln. Im Rahmen des Empowerment-Ansatzes werden neue Ressourcen zugänglich gemacht und bereits bestehende Ressourcen gestärkt. Darüber hinaus erlernen die Teilnehmer Bewältigungskompetenzen für den Umgang mit stressinduzierenden Situationen sowie emotionsregulatorische Strategien.

Das Empowerment-Gruppentherapiemanual umfasst 16 Module, die sich den Themenbereichen Psychoedukation, Bewältigungskompetenzen und Umgang mit Gefühlen zuordnen lassen. Die Module sind so konzipiert, dass sie aufeinander aufbauen. Je nach Setting, Schwerpunkt der Gruppenteilnehmer und Zusammensetzung der Gruppe ist jedoch eine flexible Anwendung des Manuals möglich, die es erlaubt, einzelne Module vorzuziehen, ausführlicher zu bearbeiten oder auch Therapieinhalte zu kürzen.

Die thematischen Inhalte der Module werden nachfolgend stichpunktartig zusammengefasst.

#### Thematische Inhalte der Module 1–16

##### Fokus Psychoedukation

##### **Modul 1: Ankommen – Wo kommen wir her, wo gehen wir hin**

- Kennenlernen der organisatorischen und inhaltlichen Strukturen der Gruppe
- Vertraut werden mit Besonderheiten der Arbeit mit einem Dolmetscher
- Erster Eindruck der Gruppe als sicherer, vorurteilsfreier Ort

##### **Modul 2: Integration – Herausforderung und aktiv werden**

- Thematisierung von Postmigrationsstressoren
- Aktivierung von Ressourcen und Bewusstmachen von Möglichkeiten, um den Alltag in Deutschland aktiv zu gestalten

##### **Modul 3: Depression – Psychoedukation**

- Symptome einer Depression
- Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell
- Austausch über kulturspezifische Krankheitsvorstellungen und kulturell bedingte Entstehungsmodelle der Depression

##### **Modul 4: Depression – Aktiv werden**

- Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen
- Bedeutung positiver Aktivitäten für die Stimmung

**Modul 5: Depression – Weg aus dem Schneckenhaus**

- Rückzug in das »Schneckenhaus der Depression«
- Positive Aktivitäten als erster Schritt aus dem Schneckenhaus
- Förderung eines vertieften Verständnisses für den Einfluss positiver Verhaltensweisen auf das gedankliche und emotionale Erleben

**Fokus Bewältigungskompetenzen****Modul 6: Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen**

- Funktion von Schmerzen und der Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und körperlichen Beschwerden
- Funktionale Strategien im Umgang mit psychisch bedingten Schmerzen

**Modul 7: Schlafstörungen – Ruhe finden**

- Psychoedukation Schlaf-Wach-Rhythmus
- Multifaktorielle Entstehung von Schlafstörungen
- Schlafhygiene und schlaffördernde Strategien

**Modul 8: Stress – Psychoedukation**

- Definition und Funktion von Stress
- Stressoren und die vier Ebenen des Stressgeschehens

**Modul 9: Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen**

- Kurzfristige Stressbewältigung
- Ablenkung mithilfe der fünf Sinne
- Möglichkeiten zur langfristigen Reduktion von Stress

**Modul 10: Stress – Entspannung erlernen**

- Psychoedukation zur Bedeutung von Entspannung
- Möglichkeiten der Entspannung
- Identifikation möglicher »Erholungsbarrieren«

**Fokus Umgang mit Gefühlen****Modul 11: Gefühle – Wegweiser für unser Verhalten**

- Achtsamkeit für das eigene emotionale Erleben
- Gefühle als Handlungsorientierung
- Emotionen während des Migrationsprozesses

**Modul 12: Aggression – Mit Wut umgehen**

- Emotionales Netzwerk und Funktion von Wut
- Funktionale und dysfunktionale Gefühle von Wut
- Strategien für einen funktionalen Umgang mit Wut

**Modul 13: Mit Angst umgehen – Mut schöpfen**

- Emotionales Netzwerk und Funktion von Angst
- Funktionale Strategien im Umgang mit Angst

**Modul 14: Heimweh – Heimat ist ein Gefühl**

- Emotionales Netzwerk des Gefühls von Heimweh
- Heimweh und Rückzugsverhalten
- Strategien im Umgang mit Heimweh

**Modul 15: Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten**

- Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen im Herkunftsland und in Deutschland
- Umgang in Krisensituationen

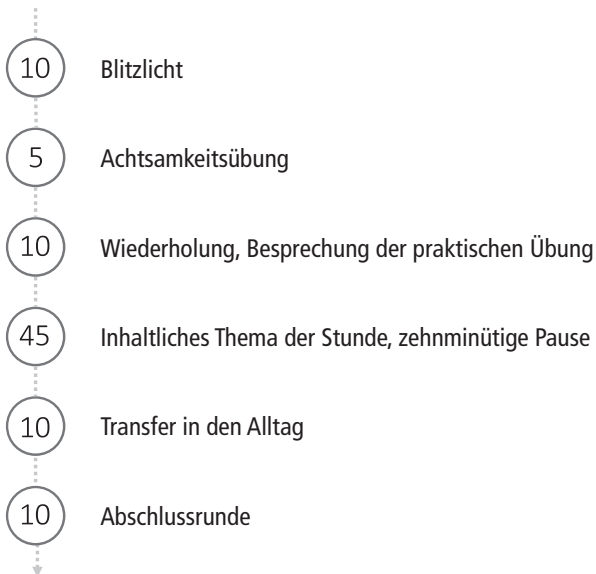
**Modul 16: Abschluss – Rückblick und nach vorne schauen**

- Reflexion der vergangenen Sitzungen und des in der Therapie Erreichten
- Abschlussfest

## 3.2 Struktur und Ablauf

Alle 16 Module folgen demselben strukturellen Ablauf. Diese Kontinuität soll das Sicherheitsempfinden der Patienten stärken und die Planung der Stunden für Patienten und Therapeuten erleichtern. Die einzelnen Gruppenstunden sind nach der folgenden Struktur aufgebaut, die Zeitangaben dienen der Orientierung für den Therapeuten:

### Struktur der Gruppenstunden



Bei der Durchführung der Module sollen Sie verschiedene Symbole als Orientierung unterstützen:

### Im Manual verwendete Symbole und ihre Beschreibung



Begrüßung und Blitzlicht



Achtsamkeitsübung



Interaktive Erarbeitung der Stundeninhalte



Transfer in den Alltag



Abschlussrunde



Anmerkungen für den Therapeuten

Im Manual dargestellte Informationen oder Fragen an die Gruppe können wörtlich wiedergegeben werden. Unmittelbar darunter finden die Therapeuten, abgetrennt durch eine gestrichelte Linie und das Symbol »T«, formale, organisatorische oder inhaltliche Hinweise, welche als Unterstützung betrachtet werden können.

#### 3.2.1 Begrüßung und Blitzlicht

Jede Stunde wird mit einem Blitzlicht begonnen. Hier erhalten die Gruppenteilnehmer die Möglichkeit, ihre aktuelle Stimmung zu äußern und in der Gruppe anzukommen. Diese Begrüßungsrunde dient dem Therapeuten außerdem dazu, einen Überblick über die aktuellen Befindlichkeiten der Gruppenteilnehmer zu bekommen und frühzeitig über mögliche Krisen oder Störungen im Therapieverlauf informiert zu werden. Da es in Gruppen mit depressiven Patienten vorkommen kann, dass Patienten bei einer Begrüßungsrunde mit sehr offen formulierten Fragen (»Wie geht es Ihnen?«) infolge depressiver Kognitionen den Fokus auf negative Aspekte aus der vergangenen Woche legen, empfehlen wir geschlossene Fragen. Mögliche Eingangsfragen können sein: »Wie kommen Sie heute in der Gruppe an?«, »Haben Sie heute gut hergefunden?«

### 3.2.2 Achtsamkeitsübung

Anschließend wird eine gemeinsame Achtsamkeitsübung durchgeführt. Damit sich die Patienten mit den einzelnen Übungen vertraut machen können, wird dieselbe Übung einige Stunden hintereinander durchgeführt, bevor zu einer neuen Achtsamkeitsübung übergegangen wird. Damit erfahren die Gruppenteilnehmer auch unmittelbar die Notwendigkeit des regelmäßigen Übens von Achtsamkeitsübungen.

### 3.2.3 Wiederholung und Besprechung der praktischen Übung

Im Anschluss an die Achtsamkeitsübung werden die Inhalte der vergangenen Sitzung wiederholt. Das Besprochene kann so erneut gefestigt werden und die Wiederholung der Inhalte bietet häufig die Grundlage für das Thema der aktuellen Sitzung. Es besteht die Möglichkeit, im Anschluss an die Sitzung noch entstandene Fragen zu klären und sich eine Rückmeldung von den Teilnehmern einzuholen, wie es ihnen mit den Inhalten der Sitzung ergangen ist. Anschließend werden Rückmeldungen der Teilnehmer zu den praktischen Übungen eingeholt. Positive Erfahrungen sollten durch den Gruppenleiter validiert und mögliche Schwierigkeiten beim Üben thematisiert und im interaktiven Austausch in der Gruppe besprochen werden.

### 3.2.4 Thema der aktuellen Sitzung

Den Schwerpunkt einer jeden Gruppenstunde bildet das aktuelle Thema der Sitzung. Der Einstieg erfolgt in der Regel durch einen Impuls des Therapeuten. Darüber hinaus liegt der Fokus hier auf der interaktiven Erarbeitung der Inhalte. Der Gruppenleiter sollte in jeder Sitzung nach persönlichen Beispielen und Erfahrungswerten der Gruppenteilnehmer fragen, mit denen die jeweiligen Themen individuell erarbeitet werden. Im Verlauf der Stunde kann eine zehnminütige Pause hilfreich sein, um die Konzentrationsleistung und Motivation der Teilnehmer zu gewährleisten. Hier kann bei Bedarf Wasser oder Tee angeboten werden. Während der Sitzung selbst empfehlen wir, vom Konsumieren von Getränken abzusehen.

### 3.2.5 Transfer in den Alltag und Abschlussrunde

Nach Abschluss des inhaltlichen Schwerpunktes wird besprochen, wie das Erlernte in den Alltag transferiert und dort geübt werden kann. Aufgrund unterschiedlicher Sprachkenntnisse der Gruppenteilnehmer sind die Übungen schriftfrei konzipiert und werden jeweils in der darauffolgenden Woche mündlich nachbesprochen. Die Gruppenteilnehmer erhalten am Ende der Stunde ein Handout in ein- oder mehrsprachiger Ausführung. Jede Sitzung wird mit einer Abschlussrunde beendet, in der die Teilnehmer eine kurze Rückmeldung zur Sitzung geben können.



## 4 Das Empowerment-Manual

### 4.1 Modul 1: Ankommen – Wo kommen wir her, wo gehen wir hin

#### 4.1.1 Inhalt und Ziele des Moduls

In diesem ersten Modul sollen die Gruppenteilnehmer die organisatorischen und inhaltlichen Strukturen der Gruppe kennenlernen. Es soll ein erster Eindruck der Gruppe als ein sicherer, vorurteilsfreier Raum vermittelt werden.

In dieser Sitzung wird ein erster Kontakt zum Therapeuten und zu den anderen Gruppenteilnehmern hergestellt. Darüber hinaus sollen die Gruppenteilnehmer mit den Besonderheiten im Rahmen der Arbeit mit einem Dolmetscher vertraut gemacht werden.

Nach einer Begrüßungsrunde werden die Gruppenregeln und die Inhalte der kommenden Gruppensitzungen vorgestellt. Letzteres soll den Gruppenteilnehmern ein Gefühl von Orientierung geben und die Motivation zur weiteren Teilnahme stärken.

#### 4.1.2 Anmerkungen für den Therapeuten

Im Rahmen des Empowerment-Therapieprogramms ermöglichen Dolmetscher eine muttersprachliche Verständigung zwischen Therapeut und Patient. Dolmetscher verbalisieren und kontextualisieren außerdem mögliche kulturelle Differenzen zwischen Behandler und Patient und helfen so, Missverständnisse und Irritationen zu reflektieren und zu korrigieren (Kluge, 2011).

In der praktischen Arbeit mit Dolmetschern sollte der Therapeut darauf achten, in kurzen, prägnanten Sätzen zu sprechen und regelmäßige Pausen zu machen, um eine Übersetzung des Dolmetschers zu ermöglichen. Zwei bis drei Sätze stellen eine gut zu übersetzende Einheit dar (Liedl et al., 2016).

#### 4.1.3 Materialien

- Namensschilder
- Flipcharts
- Stifte
- Weltkarte

##### Flipcharts

- Gruppenregeln (vorbereitet)
- Inhalte der Stunden (vorbereitet)

## Flipchart

### Gruppenregeln

- Schweigepflicht: Die Gruppe als sicherer, geschützter Raum
- Gegenseitige Rücksichtnahme
- Zuhören und ausreden lassen
- Recht, sich mitzuteilen, und Recht, zu schweigen
- Pünktliche und regelmäßige Teilnahme
- Telefonisch absagen, falls ein Termin nicht wahrgenommen werden kann

## Flipchart

### Inhalte der Stunden

1. Einführung
2. Integration – Herausforderung und aktiv werden
3. Depression – Psychoedukation
4. Depression – Aktiv werden
5. Depression – Weg aus dem Schneckenhaus
6. Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen
7. Schlafstörungen – Ruhe finden
8. Stress – Psychoedukation
9. Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen
10. Stress – Entspannung finden
11. Gefühle – Wegweiser für unser Verhalten
12. Aggression – Mit Wut umgehen
13. Mit Angst umgehen – Mut schöpfen
14. Heimweh – Heimat ist ein Gefühl
15. Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten
16. Rückblick und nach vorne schauen



### Begrüßung

Ich begrüße Sie alle zu unserer ersten gemeinsamen Gruppensitzung. Ich freue mich sehr, dass Sie heute hier sind und wir die kommenden Wochen miteinander arbeiten werden.

Ich heiße ..., ich bin Psychologe/Psychologin, Arzt/Ärztin, ... und ich leite diese Gruppe.

*Falls ein Co-Therapeut anwesend ist, so stellt er/sie sich vor:*

Ich heiße ..., ich bin Psychologe/Psychologin, Arzt/Ärztin, ... und ich begleite diese Gruppe als Co-Therapeut/Co-Therapeutin.

*Der Therapeut/die Therapeutin stellt die Dolmetscherin vor:*

Das ist ... Herr/Frau ... wird unsere Gruppe als Dolmetscher/Dolmetscherin begleiten.



### Rolle des Dolmetschers

Da jeder von Ihnen unterschiedlich lange in Deutschland lebt und Deutsch auf unterschiedlichem Niveau spricht und da ich wiederum kein ... spreche, wird Herr/Frau ... alles, was wir sagen, ins ... bzw. Deutsche übersetzen. Es ist daher wichtig, dass wir uns gegenseitig ausreden lassen. Es wäre gut, wenn wir nach drei bis vier Sätzen kleine Pausen machen, damit Herr/Frau ... das Gesagte übersetzen kann. Falls Herr/Frau ... eine Pause benötigt, um zu übersetzen, würde er/sie dies kurz durch ein Handzeichen signalisieren. Herr/Frau ... unterliegt ebenso wie wir der Schweigepflicht. Das heißt, dass alles, was in unserer Gruppe besprochen wird, auch in diesem Raum bleibt. Es wird nicht an Menschen weitergetragen, die nicht an der Gruppe teilnehmen.



Drei bis vier Sätze stellen für den Dolmetscher eine gute übersetzbare Einheit dar. Achten Sie als Therapeut/Therapeutin außerdem auf die Formulierung kurzer, prägnanter Sätze.



### Vorstellungsrunde

Da dies heute unsere erste gemeinsame Stunde ist, schlage ich vor, dass wir mit einer kurzen Vorstellungsrunde beginnen. Ich würde gerne von Ihnen erfahren, wie Sie heißen, wie alt Sie sind und eine Sache, die Sie gerne tun oder die Sie mögen.

Wie Sie sehen, haben wir eine Weltkarte mitgebracht. Wenn Sie möchten, dann lade ich Sie dazu ein, uns zu zeigen, wo Sie in ... gelebt haben und auf welchem Weg Sie nach Deutschland gekommen sind.



In der Praxis hat es sich bewährt, dass der Therapeut/die Therapeutin selbst mit der Vorstellungsrunde beginnt und an der Weltkarte ebenfalls darstellt, wo er/sie herkommt. Unterstützen Sie anschließend die Teilnehmer bei der Darstellung von Herkunftsland und Fluchtroute an der Weltkarte.



### Einführung Psychotherapie und Ziele der Gruppe

Ich danke Ihnen für Ihre Offenheit, in dieser für Sie neuen Gruppe zu sprechen. Da ich Ihnen in der heutigen Stunde einiges über den Ablauf und die Organisation der Gruppe erzählen möchte, werde ich relativ viel sprechen. Dies wird sich in den kommenden Stunden aber ändern und ich freue mich, wenn wir die verschiedenen Themen dann gemeinsam erarbeiten.

In dieser Gruppe möchten wir Ihnen Wissen über Depressionen vermitteln. Wir wollen mit Ihnen gemeinsam Strategien erarbeiten, die Ihnen den Umgang mit einer Depression im Alltag erleichtern.

Unsere Gruppe ist eine psychotherapeutische Gruppe. In einer Psychotherapie spricht man über eigene Gedanken, Gefühle und Belastungen und erarbeitet gemeinsam mit dem Therapeuten Strategien, um mit den Belastungen umzugehen. Man erlernt, welchen Einfluss das eigene Verhalten und die eigenen Gedanken auf das Wohlergehen haben und dass man sein eigenes Befinden wiederum durch Änderung des eigenen Verhaltens und der eigenen Gedanken beeinflussen kann. Es ist also eine andere Herangehensweise als eine medikamentöse Behandlung durch einen Arzt. Psychotherapie ist aber eine weitere effektive Möglichkeit, um die Belastungen, die Sie erleben, zu reduzieren.

**Gruppenregeln**

Damit wir uns in der Gruppe alle wohlfühlen und gut miteinander arbeiten können, würde ich gerne einige Regeln mit Ihnen festhalten.



Stellen Sie die Gruppenregeln am Flipchart vor.

**Gruppenregeln**

- Schweigepflicht: Die Gruppe als sicherer, geschützter Raum
- Gegenseitige Rücksichtnahme
- Zuhören und ausreden lassen
- Recht, sich mitzuteilen, und Recht, zu schweigen
- Pünktliche und regelmäßige Teilnahme
- Telefonisch absagen, falls ein Termin nicht wahrgenommen werden kann
- ...

In einigen nicht-westlichen Kulturen ist es nicht üblich, außerhalb des familiären Kontextes über Belastungen und Schwierigkeiten zu sprechen. Hinzu kommt, dass Menschen mit Fluchterfahrungen – im Rahmen von Verfolgung, Inhaftierung oder Folter – Opfer von Verrat geworden sind. Die Schweigepflicht innerhalb der Gruppe sollte vom Therapeuten deshalb besonders betont und gegebenenfalls auch zu Beginn der darauffolgenden Sitzungen wiederholt werden.



Gibt es noch weitere Regeln, die wir mit aufnehmen sollen?

Ich möchte Ihnen nun erklären, wie unsere Gruppensitzungen ablaufen werden. Wir werden in jeder Stunde über ein neues Thema sprechen, die Struktur der Sitzungen wird aber immer dieselbe sein.

Ähnlich wie heute werden wir jede Stunde mit einer Begrüßungsrunde beginnen. Anschließend werden wir die vergangene Stunde noch einmal kurz wiederholen. Den größten Teil der Stunde wird ein bestimmtes Thema einnehmen. Am Ende jeder Stunde werden wir besprechen, wie Sie das in der Stunde Gelernte im Alltag üben können. Und schließlich werden wir die Sitzung mit einer Abschlussrunde beenden.

Haben Sie zu dem Ablauf der einzelnen Stunden eine Frage?



Mögliche Fragen können geklärt werden.

**Inhalte der Stunden**

Ich möchte Ihnen nun gerne vorstellen, über welche Themen wir in den kommenden Stunden sprechen werden, und Ihnen damit einen kleinen Überblick über die Gruppeninhalte geben.



Stellen Sie die Inhalte der einzelnen Stunden kurz am Flipchart vor.

### Inhalte der Stunden

1. Einführung
2. Integration – Herausforderung und aktiv werden
3. Depression – Psychoedukation
4. Depression – aktiv werden
5. Depression – Weg aus dem Schneckenhaus
6. Somatisierung – Mit Schmerzen umgehen
7. Schlafstörungen – Ruhe finden
8. Stress – Psychoedukation
9. Stress – Bewältigungskompetenzen erlernen
10. Stress – Entspannung finden
11. Gefühle – Wegweiser für unser Verhalten
12. Aggression – Mit Wut umgehen
13. Mit Angst umgehen – Mut schöpfen
14. Heimweh – Heimat ist ein Gefühl
15. Behandlungsmöglichkeiten – Hilfe erhalten
16. Rückblick und nach vorne schauen



### Erwartungsklärung

Nachdem ich Ihnen einen Überblick über die Inhalte der nächsten Stunden gegeben habe, würde mich interessieren, welche Erwartungen und Wünsche Sie an die Gruppe und die kommenden Stunden haben.

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in die Gruppe mitbringen?

Gibt es eine bestimmte Frage, auf die Sie sich eine Antwort erhoffen?



Ermutigen Sie die Teilnehmer, eigene Wünsche und Erwartungen an die Gruppe zu äußern.



### Abschlussrunde

Ich möchte unsere erste Stunde gerne mit einer Abschlussrunde beenden.

In dieser haben Sie die Möglichkeit, eine kurze Rückmeldung zur heutigen Stunde zu geben, wenn Sie das mögen.

Wie geht es Ihnen nach der Stunde?



Führen Sie die Abschlussrunde mit den Gruppenteilnehmern durch und teilen Sie die Handouts aus.



Ich wünsche Ihnen eine gute Woche und freue mich, Sie in unserer zweiten Stunde wiederzusehen.

## **4.2 Modul 2: Integration – Herausforderung und aktiv werden**

### **4.2.1 Inhalt und Ziele des Moduls**

In diesem Modul sollen Postmigrationsstressoren und Ressourcen in einem freien Austausch erarbeitet und thematisiert werden. Das Bild einer Waage, deren beide Waagschalen Bereicherungen und Herausforderungen des Ankommens in Deutschland symbolisieren, wird eingeführt.

Die Patienten sollen ein besseres Verständnis für die Situation der anderen Teilnehmer bekommen und erfahren, dass sie mit Herausforderungen, die das Ankommen in Deutschland mit sich bringt, nicht alleine sind.

Im weiteren Verlauf der Stunde werden Möglichkeiten erarbeitet, um das Leben in Deutschland aktiv mitzugestalten und so einen Beitrag zu einer gelingenden Integration zu leisten. Ressourcenorientiert sollen die Gruppenteilnehmer hier lernen, wie sie positive Aktivitäten in ihren Alltag integrieren können. In diesem Rahmen soll ein erstes Verständnis für den Einfluss positiver Aktivitäten auf die Stimmung geschaffen werden, worauf in der darauffolgenden Gruppensitzung ausführlicher eingegangen werden wird.

### **4.2.2 Anmerkungen für den Therapeuten**

Eine Flucht im Sinne einer erzwungenen Migration verlangt dem Individuum vielfältige Lern- und Anpassungsprozesse ab und kann als kritisches Lebensereignis aufgefasst werden (Demiralay & Haasen, 2011; Sieben & Straub, 2011; Weidemann, 2007). Stressoren, die im Rahmen einer erzwungenen Migration erlebt werden, sind dabei sowohl mit dem Herkunfts- als auch mit dem Aufnahmeland assoziiert (Haasen & Yagdiran, 2000). Im Rahmen von Postmigrationsstressoren stellen insbesondere die Art des Aufenthaltsstatus, die Trennung von Familie und Freunden im Heimatland und das Erlangen einer Arbeitserlaubnis Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression dar (Momartin et al., 2006; Silove et al., 1997).

Eine Migration kann jedoch auch eine Chance darstellen, das Leben aktiv gestalten zu können und besondere Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stresssituationen zu entwickeln (Kizilhan, 2011). Insbesondere die bei Menschen mit Migrationshintergrund häufig stärker ausgeprägte innerfamiliäre Kohäsion kann als protektiver Faktor gegenüber Akkulturationsstress wirken. Darüber hinaus bestehen negative Assoziationen zwischen Akkulturationsstress und der Einbindung in ein soziales Netzwerk mit Menschen des gleichen ethnokulturellen Ursprungs sowie zwischen Akkulturationsstress und positiven Interaktionen mit Menschen des Aufnahmelandes (Kizilhan, 2011; Tartakovsky, 2007). Auch Kenntnisse der Sprache des Aufnahmelandes und ein gelebter Akkulturationsstil im Sinne einer Integration (vergleiche mit Akkulturation in Form einer Marginalisation) wirken sich positiv auf das Ausmaß an erlebtem Akkulturationsstress aus (Demiralay & Haasen, 2011).