

# Traumazentrierten Psychotherapie bei Migranten: Bedeutung kulturspezifischer Einflussfaktoren

Meryam SCHOULER-OCAK

*Charité University, Department of Psychiatry, St. Hedwig Hospital, Berlin*

Received 30 September 2004; received in revised form 26 December 2004; accepted 5 January 2005

## Abstract

### Trauma-centric Psychotherapy With Migrants: The Importance of Culture-specific Influencing Factors

This article is concerned specifically about the therapy of humans with migration background. Especially cultural influencing factors in trauma-centric psychotherapy are considered. Migration is a remarkable life event causing people to suffer. This suffering of the migrant person may turn whether into a dream or a trauma. The type and the intensity of the symptoms caused by the trauma are affected by the cultural background of the person. There are some important facts pointing out some culture-specific aspects in trauma-centric psychotherapy of humans with migration background.

**Keywords:** trauma, psychotherapy, migrants, culture, aspects, symptoms

## Zusammenfassung

Dieser Beitrag befasst sich mit Besonderheiten in der Therapie von Menschen mit Migrationshintergrund, hier speziell unter Berücksichtigung von kulturspezifischen Einflussfaktoren in der traumazentrierten Psychotherapie.

Zum Migrationsprozess ist festzustellen, dass die Lebens- und Leidensgeschichte für die betroffene migrierte Person zum „Traum“ oder „Trauma“ werden kann. Die eigentlichen traumainduzierten Symptome sind dabei kulturübergreifend, die Bedeutung der einzelnen Symptome und der Umgang mit ihnen kann jedoch kulturgebunden sein. Auf einige kulturspezifische Aspekte im Rahmen der traumazentrierten Psychotherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund wird hingewiesen.

**Schlüsselwörter:** traumazentrierte Psychotherapie - Migranten - kulturspezifische Aspekte - kulturübergreifende Symptome

## Özet

### Göçmenlerde Travma Merkezli Psikoterapi: Etki Eden Kültür-Spesifik Faktörlerin Önemi

Bu makale özellikle göç anamnezi olan hastaların tedavisi ile ilgilidir. Özellikle travma merkezli psikoterapide etkili olan kültürel faktörler değerlendirilmiştir. Göç, insanların acı çekmesine neden olan önemli bir yaşam olayıdır. Göçmen kişinin çektiği bu acı ya bir anı şeklinde kalır ya da bir travmaya dönüşür. Bu travma ile oluşan semptomların türü ve şiddeti, göçmenin kültürel özelliklerinden etkilenir. Göç anamnezi olan insanlarda, travma merkezli psikoterapinin kültüre özel bazı yönlerini işaret eden önemli bazı noktalar vardır.

**Anahtar sözcükler:** travma, psikoterapi, göçmenler, kültür, kültüre özgü semptomlar

## Einleitung

Kulturspezifischen Faktoren können in der Diagnostik und Behandlung bei Menschen mit psychischen Reaktionen auf extreme Belastungen eine große Rolle spielen. Dabei ist zu

berücksichtigen, dass kulturell - unterschiedliche Konzepte über Krankheit und Gesundheit existieren. So neigt die westliche Schulmedizin dazu, das Krankheitsgeschehen auf einen umschriebenen Teil des Körpers zu lokalisieren und in der Krankheit vor allem den betroffenen Organismus in seinem Versagen oder Nichtfunktionieren zu sehen.

Dagegen wird z. B. im mediterranen Raum die Krankheit häufig als etwas betrachtet, das in den Körper eindringt und Besitz von ihm ergreift. Dort sind übernatürlich orientierte Erklärungs- und Handlungsmuster nicht selten anzutreffen. So können böser Blick, Verzauberung, Verwünschung mit

**Corresponding Author:** Dr. med. Meryam Schouler-Ocak  
Oberärztin (Vorstandsmitglied der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für  
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit e. V.)  
Psychiatrische Universitätsklinik der Charité  
im St. Hedwig Krankenhaus  
Turmstr. 21  
D - 10559 Berlin Germany

dem Gefühl der Bedrohung einhergehen. Dabei ist auch von Bedeutung, dass die magische Interpretation den Umgang mit der Krankheit erleichtern kann. Die Betroffenen können dadurch auch von Schuldgefühlen und Verantwortlichkeit entlastet werden. Es kann auch die Solidarität der Gruppe gegen eine gemeinsame externe Gefahr z. B. wie böser Blick, Fluch, Zauber mobilisieren (10).

Auffällig ist auch, dass in hohem Maße mediterrane Patienten bei psychischen oder sozialen Konflikten auf ihren Körper fixiert sind. Dabei handelt es sich um eine unterbewusst gesteuerte Ausdrucksform, d. h., diesen Betroffenen stehen keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung, die psychischen Vorgänge zu verarbeiten und abzuwenden. Möglicherweise kann die Vorstellung, dass ein Kranker, der körperliche Beschwerden angibt, bessere Chancen hat, von der Umgebung als krank akzeptiert und anerkannt zu werden, als wenn er auf psychische Probleme verweisen würde (sekundärer Krankheitsgewinn), eine wichtige Rolle spielen (10).

Dem "körperlich" Kranken wird mit Toleranz begegnet. Er wird als schutzbedürftig gesehen und für sein "Versagen" nicht persönlich verantwortlich gemacht. Dabei geht die volksmedizinische Betrachtungsweise davon aus, dass die Krankheit von außen in den Körper eindringt und ihn zumeist ganzheitlich befällt (10).

### Psychometrische Testverfahren

Für die Diagnostik der psychischen Reaktionen auf extreme Belastungen liegen inzwischen eine Reihe von bewährten Fragebögen und strukturierte Interviews vor, u.a.:

Der TSF (Trauma Screening Fragebogen) prüft die derzeitigen eigenen Reaktionen auf ein belastendes Ereignis.

Bei dem DES II handelt es sich um ein Fragebogen zur Erfassung von Dissoziationserfahrungen.

Der FDS, Fragebogen zu dissoziativen Symptomen, kann klären, ob ein kritischer Wert erreicht wird und eine behandlungsbedürftige dissoziative Störung vorliegt.

Das strukturierte Interview CAPS (Clinical-Administered PTSD Scale) wurde entwickelt, um die im DSM-IV beschriebenen Symptome der PTBS (Kardinalsymptome) und die ebenfalls aus dem DSM-IV und der klinischen Literatur bekannten Zeichen und Symptome zu erfassen (Fremdbeurteilung).

Ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung ist das IES-R (Impact of Events Skala- Revised) (1).

Diese psychometrischen Instrumente eignen sich im allgemeinen für die Diagnostik bei Menschen aus anderen Kulturen in der Praxis nicht. Denn die wenigen vorliegenden Übersetzungen sind meist nicht in den entsprechenden Kulturkreisen validiert. Diese sind in der Regel im Hinblick auf Begriffe wie Krankheit, Krankheitssymptome,

Krankheitskonzepte spezifisch für die westliche Kultur und daher nur bedingt auf andere kulturelle Verhältnisse übertragbar. Damit wird das Dilemma der Testdiagnostik im Bereich der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie bereits beschrieben (1).

### Besonderheiten im interkulturellen Behandlungsprozess

Bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund verdienen folgende Besonderheiten Beachtung:

Um überhaupt bei Migranten ein verwertbares Gesamtbild des körperlichen und seelischen Zustandes erheben zu können, muss bei dem interkulturellen Behandlungsprozess eine verlässliche Kommunikation sichergestellt werden, die auch unter dem Begriff Interkulturelle Kommunikation subsummiert wird. Sie ist essentiell. Auch Kenntnisse über kulturspezifische, krankheitsspezifische und migrationsspezifische sowie biographische Aspekte bilden Grundlagen. Durch den Einsatz eines professionell ausgebildeten, qualifizierten Dolmetschers, der hier als Sprach- und Kulturmittler eingesetzt werden kann, kann die Kommunikation in der Therapie gewährleistet werden (6,10). Es sollten möglichst auch im Bereich der Psychiatrie erfahrene qualifizierte Dolmetscher eingesetzt werden. Dabei kann das Geschlecht des Übersetzers eine große Rolle spielen. So kann einer sexuell traumatisierten Frau nicht zugemutet werden, in Gegenwart eines fremden Mannes, des Übersetzers, über die traumatischen Ereignisse aus ihrer Vorgeschichte zu berichten. Dies kann der Grund dafür sein, dass bestimmte traumatische Erfahrungen nicht geschildert werden oder geschildert werden können oder eine dringend indizierte Therapie abgelehnt oder abgebrochen wird.

Auch die interkulturelle Kompetenz, die Bereitschaft, die eigene Person und Position zu reflektieren, sich insbesondere klar darüber zu werden, selbst nicht losgelöst von kulturellem Kontext zu sein, ist ein wichtiger Faktor im interkulturellen Behandlungsprozess. Zudem sollte die Bereitschaft vorhanden sein, sich Kenntnisse über soziokulturelle Hintergründe von Patienten, mit denen eine therapeutische Beziehung eingegangen wird, anzueignen. Es kommt dabei darauf an, dieses Wissen bzw. diese Kenntnisse zu reflektieren, um nicht in stereotypen Vorstellungen verhaftet zu verbleiben (4).

Hingewiesen werden soll auch auf die Tatsache, dass bei seelischen Konflikten oder Problemen oft körperliche „Präsentiersymptome“ wie z. B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Unterleibsschmerzen aufgeführt werden können. Menschen mit Migrationshintergrund, die in Krisen geraten, erleben und beschreiben derartige Krisen häufig in Form körperlicher Beschwerden. Sie wenden sich in der Regel zunächst an Institutionen der somatischen Versorgung.

Eine aktuelle Untersuchung bestätigt, dass insbesondere türkeistämmige Menschen mit Migrationshintergrund in der allgemeinmedizinischen Versorgung oft sehr lange im Einverständnis zwischen Arzt und Patient symptombezogen mit Medikamenten behandelt werden (3).

Dieser diagnostisch-therapeutische Prozess wird "Einverständnis

im Missverständnis“ bezeichnet (2). Ein Einverständnis besteht darüber, dass Arzt und Patient sich beide bemühen, die Beschwerden wie z. B. Schmerzen zu beseitigen. Sie befinden sich jedoch in einem gegenseitigen Missverständnis hinsichtlich der Behandlungserwartungen. Beide Beteiligten sind dabei überzeugt, dass der Andere nur die Reduktion der Schmerzsymptome wünschensweise leisten kann, aber nicht das Gespräch über die zugrunde liegenden Konflikte oder Ereignisse führen will.

Brucks spricht in diesem Zusammenhang von einer Somatisierung psychosozialer Konflikte und einer Medikalisierung psychosozialer Problemlagen. Sie weist darauf hin, dass der kumulative Schlamassel eine chronische Patientenrolle fördert und zu einer erlernten Hilflosigkeit führen kann.

Schließlich kann es zu einer Überversorgung mit nicht indizierten Medikamenten und zu einer Fehlversorgung kommen, ohne dass rechtzeitig gegengesteuert wird. Folgen können chronische Patientenkarrerien mit längeren stationären Behandlungszeiten bis hin Frühverrentungen sein (2).

### **Kulturgebundene Konzepte**

Als ein Beispiel kulturspezifischer Einflussfaktoren soll auf das Konzept von Namus, einem Begriff für die sexuelle Integrität vor allem der Frauen, und Seref, dem Ansehen der Familie nach außen durch ehrenhaftes Verhalten aller Familienmitglieder, wie sie z. B. in türkeistämmigen Kreisen auch in Deutschland weit verbreitet ist, eingegangen werden. Die traditionell dörfliche Familie ist nach wie vor in ein soziales Netz mit starker sozialer Kontrolle eingebunden. Hierin spielen Konzepte von Namus und Seref, Ehre und Scham, eine wichtige Rolle. Die Familienehre wird durch die Keuschheit und Enthaltensamkeit der weiblichen Familienmitglieder aufrechterhalten. Daher werden weibliche Familienmitglieder oft von männlichen begleitet und überwacht (7).

Die Familienehre hat einen sehr wichtigen Platz im Leben dieser Menschen. In diesem Zusammensein hat jeder die Pflicht, in Würde sich zu verhalten und die Ehre der Familie nicht zu verletzen. Bei Verlust der Ehre, z. B. durch kriminelle Handlungen eines Familienmitgliedes, kann die Ehre der Familie durch Ahndung der Schande wieder hergestellt werden. Familien können hier soweit gehen, dass sie sich von ihren Kindern oder Angehörigen lossagen. Die Ehre wird dann als ruiniert erlebt, wenn ein Sachverhalt öffentlich wird. Ein anderes Beispiel wäre ein unehrenhaftes Verhalten einer Tochter im Umgang mit einem fremden Mann, mit dem sie z. B. vorehelichen Geschlechtsverkehr praktiziert.

Anhand der 1. Kasuistik soll die Bedeutung dieses kulturgebundenen Konzeptes erläutert werden.

### **Kasuistik 1**

Die 23jährige Frau A. stammt aus einem Dorf in Anatolien in der Türkei. Sie ist die Jüngere von zwei Schwestern und hat noch fünf Brüder. Eine Schule habe sie nur wenige Jahre besuchen können.

Als sie 12 Jahre alt gewesen sei, sei sie im Dorf von einem Verwandten mehrfach vergewaltigt worden. Aus Scham und Furcht vor Repressalien habe sie sich niemanden öffnen können. Die Eltern seien damals mit einigen der Brüder in Deutschland gewesen. Frau A. habe sich danach sehr zurückgezogen, habe keine Freundinnen gehabt und sei Einzelgängerin gewesen. Sie habe danach auch die Schule abgebrochen und sei kaum noch aus dem Haus gegangen. Zwei Jahre später seien sie und ihre zwei Jahre ältere Schwester zu den Eltern nachgereist. In Deutschland habe sie zunächst nicht arbeiten brauchen und die Schule nicht besuchen müssen. Später habe sie in einer Reinigungsfirma eine Beschäftigung gefunden.

### **Beschwerden**

Wegen rezidivierenden heftigen Unterleibschmerzen, Kopfschmerzen, Albträumen, Angst- und Erregungszuständen, Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen sowie Rückzug, sozialer Isolation und Vernachlässigung der körperlichen Pflege wurde Frau A. von ihren Verwandten zu verschiedenen Ärzten und Hocas, traditionelle Heiler, begleitet. Zunächst habe man geglaubt, dass die attraktive Patientin vom bösen Blick getroffen sei. Alle Maßnahmen und Rituale hätten zu keiner Besserung geführt. Darauf hin sei der Familie empfohlen worden, sie zu verheiraten. Es sei vermutet worden, dass ihr vielleicht ein Mann fehlen könne. Als die Verheiratung in konkretere Nähe gerückt sei, habe Frau A. völlig verzweifelt einen Suicidversuch unternommen.

Zur Krisenintervention wurde sie in der Institutsambulanz des Niedersächsischen Landeskrankenhauses vorgestellt.

### **Behandlung**

Bereits in den ersten Sitzungen berichtete die Patientin, die über schlechte deutsche Sprachkenntnisse verfügte von ihren Problemen. Sie teilte unter Tränen mit, sehr froh zu sein, einer Frau ohne die Übersetzung von Verwandten, die bislang immer für sie gedolmetscht hätten, all ihre Probleme schildern zu können. Sie habe bislang nicht reden können, da ihre Brüder als Übersetzer eingesetzt gewesen seien. Sie berichtete, im Alter von 12 Jahren von einem Verwandten mehrfach vergewaltigt worden zu sein. Es gehe ihr sehr schlecht. Doch seit geplant werde, sie zu verheiraten, habe sie Todesängste. Sie habe ständig eine Übelkeit. Sie gab an, dass in ihrer Familie Namus und Seref eine große Bedeutung hätte. Nun habe sie Angst um ihr Leben, da sie kein unberührtes Mädchen mehr sei und daher Schande über die Familie bringen würde. Dies jedoch würde sich ihre Brüder nicht gefallen lassen. Sie rechne bei bekannt werden der Tatsache, dass sie keine Jungfrau mehr sei, fest mit harten Bestrafungen durch ihre Brüder.

Es wurde eine Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) diagnostiziert.

Im Rahmen der traumazentrierten Psychotherapie ging es Frau A. langsam besser. Gemeinsam wurde nach Lösungswegen gesucht. In mehreren Gesprächen mit dem ältesten Bruder und den Eltern gelang es, die geplante

Verheiratung von Frau A. abzusagen und ihr die geplante Therapie zu ermöglichen. Frau A. war danach deutlich entlastet und konnte sich der eigentlichen Behandlung zuwenden.

Die 2. Kasuistik schildert den Therapieverlauf einer traumazentrierten Psychotherapie in der Muttersprache im ambulanten Setting.

### **Kasuistik 2**

Frau B., 57 Jahre alt, stamme aus einer dörflichen Region in der Türkei. Sie seien in sehr ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen. Während ihre drei Brüder zur Schule gedurft hätten, habe sie als Tochter der Mutter helfen müssen.

Im Alter von 17 Jahren sei sie von einem deutlichen älteren Mann, dessen genaues Alter sie damals nicht gewusst habe, mit Waffengewalt entführt worden und habe diesen heiraten müssen. In dieser Ehe sei sie durch die Hölle gegangen. Sie sei von ihrem Mann sexuell und körperlich misshandelt worden. Von seiner Familie sei sie ständig beschimpft, gedemütigt, ausgegrenzt und entwertet worden.

Aus dieser Ehe gingen vier inzwischen erwachsene Kinder hervor.

1971 habe Frau B. es erreicht, dass sie als Arbeitsmigrantin allein nach Deutschland auswandern durfte. Nur mit Mühe habe sie ihren Mann dazu bringen können, sie gehen zu lassen. Jahre später sei ihr Mann nachgekommen. Die sexuellen Misshandlungen hätten wieder begonnen. Insbesondere wenn er viel getrunken habe, habe er sie zudem beschimpft, bedroht und geschlagen. Frau B. habe immer wieder Entzündungen und Schmerzen im Genitalbereich gehabt und deshalb verschiedene Ärzte, darunter mehrere Gynäkologen aufgesucht. Eine Ursache für die rezidivierenden Entzündungen habe man nicht finden können. Eine organische Ursache für die Schmerzen, die ständig zugenommen hätten, sei ebenfalls nicht gefunden worden. Die Schmerzen seien unerträglich geworden, so dass eine vaginale Hysterektomie erfolgt sei. Bei fortbestehender Schmerzsymptomatik seien weitere Eingriffe erfolgt wie Stumpfrevision, ohne eine wesentliche Besserung der Beschwerden.

Inzwischen entwickelten sich bei Frau B. auch Schmerzen u. a. im Bereich des Rückens, der Schulter-Nacken bds., des Kopfes.

Herr B. wurde in der Zwischenzeit erwerbsunfähig berentet und zog vor, vorwiegend in der alten Heimat, in der Türkei, zu leben.

Bei dem großen Erdbeben am 17. August 1999 in der Türkei habe sich Frau B. zufällig allein vor Ort in Adapazari in ihrer Wohnung aufgehalten. Sie habe sich nur mit Mühe und Not heraus retten können und habe überlebt. Mehrere nahe Verwandte hätten die Katastrophe nicht überlebt. Frau B. habe mit ansehen müssen, wie ihre Wohnung in Schutt und Asche gelegen habe, schwerverletzte Leute, unter Schock

stehende Leute in den Straßen herumgelaufen seien, um Hilfe gerufen worden sei, es nach Brandt, Gas gerochen habe. Sie habe mit angesehen, dass Straßenzüge, ja ganze Stadtteile in Schutt und Asche gelegen haben, Wohnblöcke, ganze Stadtteile verschwunden seien.

Frau B. gab an, tagelang neben sich gestanden zu haben, man habe sie dort auch zum Arzt gebracht und sie habe Spritzen erhalten, bevor sie wieder nach Deutschland habe zurückkehren können.

### **Beschwerden**

Bereits vor der Erdbebenkatastrophe befand sich Frau B. in der Institutsambulanz des Niedersächsischen Landeskrankenhauses in Hildesheim in ambulanter Behandlung, weil sie zu jenem Zeitpunkt über multiple körperliche Beschwerden vorwiegend in Form von Schmerzen litt. Zudem bestand eine mittelgradig depressive Störung.

Die Arbeitsdiagnosen lauteten zu diesem Zeitpunkt anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und mittelgradig-depressive Episode (F32.1). Sie wurde psychotherapeutisch-psychiatrisch in der Muttersprache sowie antidepressiv-medikamentös behandelt.

Durch die Erdbebenkatastrophe erfolgte eine massive Retraumatisierung und die alten traumatischen Ereignisse wurden hochgetriggert. Sie gab nun u.a. an, unter massiv an Intensität zugenommenen Unterleibsschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Übelkeit, Brechreiz, Schwindelgefühl, Ohnmachtsgefühl und Benommenheitsgefühl zu leiden. Des weiteren schilderte sie, gefühlsmäßig abgestumpft zu sein. Zudem klagte sie über zunehmende Vergesslichkeit und beschrieb Alpträume, Flashbacks, wiederholte Angst- und Unruhezustände, Ruhe- und Rastlosigkeit, Nichtmehr-alleinsein können, Herzrasen, Zittern am ganzen Körper, immer wieder sich aufdrängende intensive lebensmüde Gedanken, Gefühl der Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, Gefühl, am Ende der Kräfte zu sein, durchgehend depressiv - dysphorische Stimmungslage, Schlafstörungen und erhebliche innere Anspannung.

Die diagnostischen Kriterien einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung (F 43.1) nach ICD-10 wurden erfüllt.

### **Behandlung**

Aufbauend auf die bereits vorhandene Vertrauensbasis konnte sich Frau B. auf die Therapie in der Muttersprache einlassen. Anfänglich war es ihr nicht möglich, über die Ereignisse bei der Erdbebenkatastrophe zu sprechen, jedoch diese aufzuschreiben. Es gelang ihr auch, erinnerliche traumatische Ereignisse aus ihrem Leben aufzuführen und diese nach ihrer aktuellen Belastung zu bewerten. Die traumatischen Ereignisse wurden in sog. Traumacluster (biographisch) zusammengefasst (Erdbebenkatastrophe, Ehe).

In der Vorbereitungs- und Stabilisierungsphase erfolgte zunächst Stabilisierung der äußeren Strukturen. Frau B. hatte

im Vorfeld schon einen Rentenantrag gestellt, nach einem mehrwöchigen psychosomatischen Heilverfahren wurde sie arbeitsunfähig entlassen und später befristet erwerbsunfähig berentet.

Im Rahmen der Behandlung wandte sich Frau B. mehr und mehr ihrem Glauben, dem Islam, zu und wünschte, als eine religiöse Pflicht eine Pilgerfahrt nach Mekka und Medina. Eingebettet in eine türkische Reisegruppe nahm sie an einer Pilgerfahrt teil.

Parallel zu dieser Entwicklung erfolgten Stabilisierungs- und Ressourcenübungen wie „Innerer Sicherer Ort“, „Innere Helfer“, „Innerer Tresor“, „Baumübung“ in der Muttersprache. Anfangs gestalteten sich diese als sehr schwierig, da Frau B. sich nichts bei den Übungen vorstellen konnte. Zunehmend gelangen sie ihr besser. Immer wieder betonte sie, wie wichtig ihr die muttersprachliche Behandlung sei.

Parallel zu diesen Übungen erhielt Frau B. Unterstützung bei ihren sozialen Problemen.

Um ihren Körper besser wahrnehmen zu können wurden körperbetonende Maßnahmen wie Fango und Massagen, Krankengymnastik, Bädermaßnahmen verordnet, teilweise nahm sie auch an einer Bewegungsgruppe teil. In dieser Zeit konnte sie herausfinden, was ihr gut tut und gut bekommt. Sie organisierte auch, nach den Traumaexpositionssitzungen nicht allein zu sein.

In der zweiten Phase der Therapie begannen wir mit den eigentlichen Traumatisierungen. Zunächst wurden die Erlebnisse während der Erdbebenkatastrophe bearbeitet. Hierzu waren zahlreiche Sitzungen erforderlich. Die ursprünglich geplante EMDR -Therapie wurde von Frau B. als zu belastend erlebt und abgelehnt.

Bei den Traumaexpositionssitzungen musste teilweise fraktioniert vorgegangen werden, da die Ereignisse zu belastend waren und zudem erhebliche Körpererinnerungen (Body memories) in Form von Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Magenschmerzen auftraten.

Inzwischen hat Frau B. die Erdbebenkatastrophe soweit verarbeitet, dass sie ohne Angst wieder an den Ort des Geschehens gehen kann, die Gräber ihrer verstorbenen Verwandten aufsuchen kann.

Sie hat auch gelernt, alleine zu sein ohne große Ängste und Unruhe.

Immer wieder traten suizidale Krisen auf, in denen die Sinn- und Schuldfrage im Vordergrund standen. Mit Hilfe der wichtigen Ressource Religion gelang es ihr, diese Krisen besser zu bewältigen.

Frau B. entschied sich für eine fraktionierte Aufarbeitung der traumatischen Ereignisse aus ihrer Ehe. Aufgearbeitet

wurden bislang die letzten und die schwersten Übergriffe durch ihren inzwischen schwer kranken Ehemann, der zwei Herzinfarkte erlitt. Frau B. hat sich trotz der sehr belastenden Vergangenheit entschlossen, sich nach 40 jähriger Ehe nicht von ihrem Mann zu trennen, zumal er sich nach eigener Erkrankung völlig verändert habe und alles bereue, was er ihr angetan habe. Nach ihrer Frühberentung hat auch sie begonnen zwischen der alten Heimat Türkei und der neuen Heimat Deutschland hin- und herzu pendeln. Bei längeren Aufenthalte in Deutschland möchte sie die Therapie fortsetzen.

### Abschließende Überlegungen

“Eine muttersprachliche Behandlung, wie in den oben aufgeführten Kasuistiken beschrieben scheitert im allgemeinen an der geringen Anzahl von Therapeuten”. Eine interkulturelle Behandlung ist der Regelfall. Hier kann der einzelne Therapeut nicht in allen kulturell relevanten Fragen kundig sein und nicht alle Sprachen seiner Patienten beherrschen. Daher wird man mitunter vor der Notwendigkeit stehen, einen Kultur- und/oder Sprachvermittler in die Therapie einzubeziehen. So können eine Überversorgung mit nicht indizierten Medikamenten, Therapien und nicht indizierter Schonung, die zu chronischen Patientenkarrieren, erlernter Hilflosigkeit und damit oft zu iatrogenen sekundären Schäden sowie zu Frühverrentung führen, vorgebeugt werden.

Neben der Hinzuziehung des Kultur- und/oder Sprachvermittlers kann die interkulturelle Supervision und/oder Intervision bei der Erfassung, Berücksichtigung und dem respektvollen Umgang mit den kulturspezifischen Einflussfaktoren hilfreich sein.

Auch wenn diese Behandlung mit Erschwernissen behaftet ist, verdienen diese Menschen die gleiche professionelle Hinwendung, wie sie für Patienten des eigenen Kulturkreises zur Verfügung gestellt wird.

Der Therapeut sollte neben der Berücksichtigung o. g. Besonderheiten sich selbst nicht vernachlässigen. Gut funktionierende Stabilisierungsmaßnahmen, Psychohygiene und Supervision und/oder Intervision sind bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen, egal welcher Herkunft, unverzichtbar.

### Literatur

1. Birk A, Winter D, Koch F. Diagnostik psychischer Folgen. In: Richtlinien für die Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfer. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn, 2001;39-53.
2. Bucks U, Wahl Wulf-Bodo. Unter-, Über-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde, T., David, M. (Hrsg.). Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse – Verlag, 2003;15-34.
3. Ferber L. v, Köster I, Celayir-Erdogan N. Türkische und deutsche Hausarztpatienten-Erkrankungen, Arzneimittelverordnungen und Verordnungen. Das Gesundheitswesen 2003;65,5:304-311.
4. Hegemann T.: Interkulturelles lernen. Ein multidimensionaler Ansatz zum Erwerb interkultureller Kompetenzen. In: Hegemann T, Salman R. (Hrsg.). Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen, Psychiatrie Verlag, Bonn, 2001;191-205.
5. Özkan I. Problemfelder in der traumazentrierten Arbeit mit ethnischen Minoritäten. In: Sachsse U, Özkan I, Streeck-Fischer A. (Hrsg.).

- Traumatherapie – Was ist erfolgreich? Vandenhoeck & Ruprecht, 2002;72-82.
6. Salman R. Sprach- und Kulturvermittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: Hegemann T, Salman R. (Hrsg.). *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*, Psychiatrie Verlag, Bonn, 2001;169-190.
  7. Schepker R. Anderssein–das Eigene und das Fremde. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter / -innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen e. V. (Hrsg.). *Anders Sein - Anders Behandeln. Arbeitstherapie Druck & Papier des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Hildesheim*, 2000;35-64.
  8. Schouler-Ocak M. Posttraumatische Belastungsstörung – Bedeutung in der Begutachtung im interkulturellen Feld. In: Collatz J, Hackhausen W, Salam R. (Hrsg.). *Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialrechtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland*. Forum Migration Gesundheit Integration, Band 1, VWN – Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1999;233-242.
  9. Schouler-Ocak M. Migration und Trauma. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter / -innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen e. V. (Hrsg.). *Anders Sein-Anders Behandeln. Arbeitstherapie Druck & Papier des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Hildesheim*, 2000;65-93.
  10. Tuna S, Salman R. Phänomene interkultureller Kommunikation im Begutachtungsprozess. In: Collatz J, Hackhausen W, Salman R. (Hrsg.). *Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland*. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Reihe Forum Migration Gesundheit Integration Band 1, Berlin, 1999;169-178.