

# Die Sprechstunde für MigrantInnen – ein multimodales Behandlungskonzept für psychisch kranke MigrantInnen



---

# Die Sprechstunde für MigrantInnen

## – ein multimodales Behandlungskonzept für psychisch kranke MigrantInnen

---



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

---

Laura Nosetti & Anja Jossen  
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie  
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern  
Sprechstunde für MigrantInnen  
Murtenstrasse 21  
3000 Bern 10

---

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	4
Dank.....	5
1. Einleitung.....	6
1.1. MigrantInnen in der Schweiz.....	7
1.2. Gesundheitszustand der MigrantInnen.....	8
1.3. Gesundheitliche Versorgungslage für MigrantInnen in der Schweiz .....	10
2. Die ambulante Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern .....	12
2.1. Einleitende Bemerkungen .....	12
2.1.1. Zielgruppe.....	12
2.1.2. Behandlungsteam.....	16
2.1.3. Transkulturalität .....	17
2.1.4. ÜbersetzerInnen .....	18
2.1.5. Das multimodale Behandlungskonzept .....	19
2.1.6. Übergreifende Ziele .....	19
2.1.7. Konkrete Umsetzung .....	20
2.2. Modul: Psychiatrische Abklärungen und ambulante Psychotherapie.....	24
2.2.1. Das Modul.....	24
2.2.2. Theoretische Begründung und Ziele .....	24
2.2.3. Umsetzung.....	27
2.3. Modul: Sozialberatung .....	28
2.3.1. Das Modul.....	28
2.3.2. Theoretische Begründung und Ziele .....	28
2.3.3. Umsetzung.....	30
2.4. Modul: Körperorientierte Module: Bewegungsgruppen.....	32
2.4.1. Das Modul.....	32
2.4.2. Theoretische Begründung und Ziele .....	32
2.4.3. Umsetzung der Bewegungsgruppe für Frauen.....	35
2.4.4. Umsetzung der Bewegungsgruppe für Männer.....	36
2.5. Modul: Psychoedukative Gruppe für traumatisierte Migrantinnen.....	37
2.5.1. Das Modul.....	37
2.5.2. Theoretische Begründung und Ziele .....	37
2.5.3. Umsetzung.....	39
2.6. Modul: Deutschkurs für MigrantInnen im Kontext der Psychiatrie.....	40
2.6.1. Das Modul.....	40

2.6.2.	Theoretische Begründung und Ziele .....	40
2.6.3.	Umsetzung.....	42
2.7.	Modul: Unterstützung durch Freiwillige .....	42
2.7.1.	Das Modul.....	42
2.7.2.	Theoretische Begründung und Ziele .....	43
2.7.3.	Umsetzung.....	44
2.8.	Modul: Interkulturelle Gärten .....	45
2.8.1.	Das Modul.....	45
2.8.2.	Theoretische Begründung und Ziele .....	46
2.8.3.	Umsetzung.....	47
3.	Wirksamkeitsstudie .....	48
3.1.	Fragestellung und Methoden.....	48
3.2.	Beschreibung der Stichprobe .....	49
3.3.	Ergebnisse und Diskussion .....	51
3.3.1.	Symptombezogene Ergebnisse .....	52
3.3.2.	Nicht-symptombezogene Ergebnisse.....	53
4.	Schlusswort .....	59
5.	Literaturverzeichnis.....	61
6.	Anhang: Graphische Darstellung des multimodalen Behandlungskonzepts der Sprechstunde für MigrantInnen .....	67

## Vorwort

Migrantinnen und Migranten sind eine der schwächsten Gruppen in unserer Gesellschaft. Sie haben oftmals einen unklaren Aufenthaltsstatus, eine belastende Geschichte, Fluchterfahrungen und eine unsichere Zukunft. Wenn diese Menschen, die sich zu einem grossen Teil unfreiwillig bei uns aufhalten, zudem an einer psychischen Erkrankung leiden, sind sie besonders verletzlich.

Generell ist der Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz – diese machen insgesamt 21 Prozent der Bevölkerung aus – schlechter als bei Menschen mit dem Ursprungsland Schweiz. Migration ist ein kritisches Lebensereignis, das einhergeht mit Entwurzelung und Verlusterlebnissen. Umso wichtiger ist es, dass diese Menschen mit psychischen Erkrankungen die notwendige Unterstützung erhalten.

Das multimodale Behandlungsangebot für psychisch kranke Migrantinnen und Migranten, welches die UPD über Jahre hinweg entwickelt und optimiert haben, hat Vorzeigecharakter. Es ist ein ambulantes, niederschwelliges, interdisziplinäres und ganzheitliches Angebot, das auch in anderen Bereichen der Psychiatrie eine Grundlage für Optimierungen bieten könnte.

Ziel dieses differenzierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebots ist die Stärkung des Selbstvertrauens der Migrantinnen und Migranten und die Unterstützung dabei, ihre Opferrolle zu verlassen. Dazu werden verschiedenste Module angeboten, welche verbale und nonverbale Angebote, die Verbesserung der sozialen Integration, Sport und Bewegung und vieles mehr umfassen. Das Ziel ist, die Stabilität der Betroffenen zu verbessern und ihnen Sicherheit zu vermitteln. Sie sollen – trotz ihrer psychischen Erkrankung – „Wurzeln schlagen in der Fremde“.

Ich danke den Initiantinnen und Initianten dieses Angebots ganz herzlich für ihr beharrliches Voranschreiten, ihr unermüdliches Engagement und ihren Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten. Sie setzen seit Jahren Zeichen gegen Ausgrenzung und für eine verbesserte Integration.

Ich freue mich, dass dieses Angebot durch diese Publikation einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird. Nutzen Sie die Erfahrungen der UPD und setzen auch Sie Zeichen der Solidarität!

Regula Mader  
Vorsitzende der Geschäftsleitung der UPD

## Dank

Mein Dank gebührt dem Bundesamt für Gesundheit, welches mit seinem Beitrag ermöglicht hat, das über viele Jahre erarbeitete Konzept der Sprechstunde für MigrantInnen in eine schriftliche Form zu bringen und wissenschaftlich zu überprüfen. Ich danke Herrn Serge Houmard vom BAG für die hilfsbereite Unterstützung des Projekts. Ebenfalls danke ich der Universität Bern, Prof. Franz Caspar und Dr. phil. Simon Itten, für die Unterstützung bei der Durchführung der wissenschaftlichen Untersuchung.

Ein grosser Dank gilt insbesondere Laura Nosetti, M Sc Psychologin, welche als operative Leiterin des Projekts intelligent, effizient und kompetent die Hauptarbeit für das vorliegende Handbuch erledigt hat.

Besonders danken möchte ich dem ehemaligen Vizedirektor der Gemeinde- und Sozialpsychiatrie, Dr. med. Herbert Heise, der vor zehn Jahren die zeitgemässe Idee hatte, eine spezialisierte Sprechstunde für psychisch kranke MigrantInnen in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) zu gründen. Der jetzigen Geschäftsleitung, insbesondere Regula Mader, Prof. Dr. med. Werner Strik und Prof. Dr. med. Wilhelm Felder, und dem Leiter der Poliklinik für Psychiatrie Prof. Dr. med. Thomas Müller, danke ich für die tatkräftige Unterstützung und Anerkennung der Sprechstunde als fachlich und ökonomisch wertvolle Einheit unserer Institution.

Zudem danke ich dem Migrationsdienst des Kantons Bern, der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, dem Netzwerk Migrant Friendly Hospitals und dem Bundesamt für Sport für ihre grosszügige Anstossfinanzierung. Ohne diese Drittmittel wäre das Konzept der Sprechstunde für MigrantInnen nicht realisierbar gewesen.

Ganz besonders danken möchte ich zudem Dr. med. Sébastien Mauron, Oberarzt der Sprechstunde für MigrantInnen, für die wertschätzende, kreative und freudvolle Zusammenarbeit in den letzten zehn Jahren. Selbstverständlich gilt der Dank auch dem Team der Sprechstunde für MigrantInnen, welches engagiert und mitdenkend die Entwicklung des jetzigen Konzepts mitgetragen und viel Pionierarbeit geleistet hat.

Anja Jossen, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP  
Co-Leiterin der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern

## 1. Einleitung

*„Ich habe immer noch Probleme, aber ich kann nun besser damit umgehen. Ich weiss, dass ich hier an der Murtenstrasse<sup>1</sup> Hilfe bekomme und ich weiss, an wen ich mich wenden kann. Das gibt mir Hoffnung.“*

Eine Kurdin aus der Türkei

*„Mir geht es jetzt besser, weil ich endlich etwas tun kann. Ich gehe jede Woche zum Deutschkurs und in die Bewegungsgruppe. Und ich habe ein Beet im Interkulturellen Garten bekommen, wo ich jetzt so oft wie möglich mit meinen Kindern hingehe.“*

Eine Frau aus Somalia mit ihren Kindern

Diese Aussagen von Patientinnen der Sprechstunde für MigrantInnen beleuchten einen kleinen Ausschnitt der zahlreichen Geschichten der von Migration betroffenen psychisch kranken Menschen. Nach der oft belastenden und traumatisierenden Entwurzelung befinden sich die psychisch kranken MigrantInnen in der sicheren, ruhigen Schweiz. Doch hier verstehen sie die Sprache nicht und die Arbeitssuche gestaltet sich oft schwierig. Gerade psychisch kranke Asylsuchende leben häufig in engen Durchgangszentren und warten oft monate- bis jahrelang auf den Entscheid, ob sie hierbleiben können. Diese Zeit der Unsicherheit hinsichtlich ihrer Zukunft und die erzwungene Untätigkeit sind für die psychische Gesundheit der Betroffenen mindestens so belastend wie die traumatisierenden Erfahrungen zuvor im Heimatland oder auf der Flucht.

Was brauchen diese Menschen? Wie und in welcher Form kann ihnen unter den gegebenen Umständen adäquate therapeutische Unterstützung geboten werden? Inwieweit kann diese unter den gegebenen Umständen zur Wirkung kommen?

Die Sprechstunde für MigrantInnen<sup>2</sup> bietet psychisch kranken MigrantInnen einen Ort, an dem sie behandelt und in ihrer schwierigen Lebenssituation unterstützt werden. Durch das multimodale Behandlungskonzept wird der aktuell belastende Kontext der PatientInnen in die Behandlung einbezogen. Das vorliegende Handbuch will Einblick in die Situation psychisch kranker MigrantInnen geben und Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen.

---

<sup>1</sup> Sitz der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern

<sup>2</sup> Im vorliegenden Handbuch werden in Sprache und Wortverwendung beide Geschlechter berücksichtigt. Dazu werden – sofern die Lesbarkeit dadurch nicht beeinträchtigt wird – Wortformen verwendet, welche die weibliche und die männliche Form enthalten, so beispielsweise PatientInnen, MigrantInnen, PsychotherapeutInnen. In Textstellen, deren Lesbarkeit dadurch zu stark beeinträchtigt würde, wird abwechselnd entweder die männliche oder die weibliche Form verwendet. Dabei sind selbstverständlich beide Geschlechter eingeschlossen, ausser es wird explizit erwähnt, dass nur Frauen oder nur Männer gemeint sind.

Nach dieser kurzen Einführung folgt nun eine allgemeine Einleitung zum Thema MigrantInnen in der Schweiz, wobei die Gründe für eine Migration sowie die aktuelle Situation in der Schweiz kurz skizziert werden. Davon ausgehend soll auf den Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung in der Schweiz eingegangen und die aktuelle Versorgungslage aufgezeigt werden. Als Beispiel einer gesundheitlichen Einrichtung für psychisch kranke MigrantInnen wird die Institution *Sprechstunde für MigrantInnen* nach der Einleitung genau erläutert, und auf die Notwendigkeit des Bestehens solcher Institutionen hingewiesen.

### 1.1. MigrantInnen in der Schweiz

Definitionsgemäss sind MigrantInnen Personen, die ihren Wohnsitz oder Aufenthaltsort nationale Grenzen überschreitend in andere Länder verlegen. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff MigrantInnen in diesem Sinne verwendet. Aktuell sind gut 21 % der Wohnbevölkerung in der Schweiz MigrantInnen (Bundesamt für Migration, 2010). Die Zusammensetzung dieser Migrationsbevölkerung ist sehr heterogen. Die MigrantInnen unterscheiden sich bezüglich Herkunft, Sprache, Alter, Kultur, Bildungsniveau, Religion und Aufenthaltsstatus.

Migration erfolgt aufgrund verschiedener Motive. Es wird unterschieden zwischen Arbeitsmigration, Fluchtmigration, Familiennachzug, Heiratsmigration und Auslandsaufenthalt von Studierenden. Die Motive unterscheiden sich unter anderem darin, ob die Personen freiwillig oder gezwungenermassen ausgewandert sind. Berry (2005) spricht dabei von reaktiver und proaktiver Migrationsmotivation. Während die reaktive Migrationsmotivation von negativ geprägten Faktoren wie dem Druck, auswandern oder gar fliehen zu müssen, dominiert wird, sind bei der proaktiven Migrationsmotivation fördernde, positiv geprägte Faktoren wie Interesse an einer anderen Kultur zu finden (Richmond, 1993). Dieser Aspekt ist in Bezug auf die gesundheitliche Vulnerabilität von MigrantInnen besonders wichtig. In der vorliegenden Arbeit geht es vor allem um unfreiwillig migrierte Personen, die als Asylsuchende in die Schweiz gekommen sind und sich entweder noch im Asylverfahren befinden, oder mittlerweile über eine vorläufige oder sichere Aufenthaltsbewilligung verfügen.<sup>3</sup>

Die Begriffe Asylsuchende und Flüchtlinge beschreiben Teilmengen von MigrantInnen, wobei ersterer MigrantInnen in laufendem Asylverfahren meint, und der zweite Begriff asylrechtlich anerkannte Flüchtlinge beschreibt.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Aus dieser Population stammt auch die Stichprobe, welche dem empirischen Teil des vorliegenden Handbuchs zugrunde liegt.

<sup>4</sup> In der aktuellen schweizerischen Gesetzgebung werden im Asylbereich folgende Aufenthaltskategorien unterschieden:

*Asylsuchende* (Ausweis N) sind jene Personen, die ein Asylgesuch gestellt haben und deren Verfahren noch beim Bundesamt für Migration (BFM) oder beim Bundesverwaltungsgericht läuft. Für Asylsuchende gilt ein Arbeitsverbot für mindestens die ersten drei bzw. sechs Monate (letzteres bei Vorliegen eines erstinstanzlichen negativen Asylentscheids). Die Bewilligungspraxis der Arbeitsmarktbehörden richtet sich nach der aktuellen Wirtschaftslage.

*Vorläufig Aufgenommene* (Ausweis F) sind Personen mit abgelehntem Asylgesuch, bei denen der Vollzug der Wegweisung nicht zumutbar oder nicht möglich ist. Der Aufenthaltsausweis ist zur Kontrolle auf 12 Monate



Gemäss Bundesamt für Migration hielten sich Ende 2010 69'335 Personen aus dem Asylbereich in der Schweiz auf. Davon waren 25'285 anerkannte Flüchtlinge, 23'471 vorläufig Aufgenommene und 12'915 Asylsuchende (Bundesamt für Migration, 2011).

## 1.2. Gesundheitszustand der MigrantInnen

Zur Einschätzung der gesundheitlichen Situation der MigrantInnen in der Schweiz wurde 2011 im Rahmen der Bundesstrategie *Migration und Gesundheit* eine Studie durchgeführt (Bundesamt für Gesundheit, GMM II, 2011). Die Heterogenität der Migrationsbevölkerung erschwert generelle Aussagen über psychische Störungen von MigrantInnen und die therapeutische Arbeit mit ihnen (Butler et al., 2007). Trotzdem ergab die Befragung des Bundesamts für Gesundheit (2011) folgendes: „*In der Schweiz sind (...) deutliche Ungleichheiten zwischen der einheimischen Bevölkerung und Migrantinnen bzw. Migranten nachweisbar. Der körperliche und psychische Gesundheitszustand der Befragten ist in vielen Fällen schlechter als derjenige der Einheimischen.*“

Auch Roth (2007) belegt, dass MigrantInnen<sup>5</sup> in allen psychischen Belastungsskalen – gemessen mit dem Brief Symptom Inventory (BSI) – eine tendenziell höhere Symptombelastung aufweisen als einheimische PatientInnen und besonders hohe Werte in den Bereichen Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung zeigen (siehe auch Meyer, 2008). Insbesondere Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus – Asylsuchende – zeigen eine höhere Prävalenz psychischer Störungen (Bundesamt für Gesundheit, 2008).

Aufgrund dieser Studienergebnisse stellt sich die Frage: Macht Migration krank? Migration macht nicht an sich krank (Weiss, 2003). Es sind spezifische Umstände, die das Auswandern zum gesundheitlichen Risiko machen können, besonders wenn sie zeitlich andauern und sich kumulieren (Bundesamt für Gesundheit, 2008). Schenk (2007; siehe auch Meyer, 2008) entwickelte ein Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit, in dem sie migrationsspezifische potenzielle Belastungsfaktoren aufzeigt.

Erstens ist Migration ein stressreicher *life-event*. Migration ist ein kritisches

---

befristet und kann durch Verfügung des BFM aufgehoben werden, wenn der Erteilungsgrund wegfällt. Dies kann beispielsweise eintreten, wenn das Herkunftsland der Betroffenen nicht mehr als *gefährdetes Kriegsland*, sondern als *safe country* gilt und der Vollzug der Wegweisung – zumindest theoretisch – möglich ist. Eine Arbeitsbewilligung für vorläufig Aufgenommene ist grundsätzlich möglich.

*Schutzbedürftige* (Ausweis S, evt. B) sind Personen aus Kriegs- und Krisengebieten, denen der Bund ohne Asylverfahren vorübergehenden Schutz gewährt. Der Ausweis ist auf 12 Monate befristet und kann durch eine Verfügung des Bundes aufgehoben werden. Die Regelungen der Arbeitsbewilligung sind dieselben wie für die Asylsuchenden.

*Anerkannte Flüchtlinge* (Ausweis B, C) sind Personen mit positivem Asylentscheid und damit anerkanntem Flüchtlingsstatus. Personen mit Ausweis B sind JahresaufenthalterInnen, die ihren Ausweis jährlich verlängern müssen. Personen mit Ausweis C sind Niedergelassene. Beide haben Arbeitsbewilligungen ohne Einschränkungen ([www.kkf-oca.ch](http://www.kkf-oca.ch)).

<sup>5</sup> Die Stichprobe der MigrantInnen, die als Grundlage für jene Ergebnisse diente, waren PatientInnen der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern und somit vorwiegend Asylsuchende und Flüchtlinge.

Lebensereignis, das gekennzeichnet ist durch Entwurzelung und multiple Verlusterlebnisse wie Statusverlust, Verlust der sozialen Beziehungen und oft sogar Verlust der Existenzgrundlage. Letzteres erleben insbesondere Flüchtlinge. Wird dieses kritische Lebensereignis subjektiv als belastend erlebt, hat es gemäss der Stresstheorie von Lazarus und Cohen (1977, zitiert nach Weiss, 2003) Einfluss auf die psychische Vulnerabilität der Betroffenen.

Zweitens stellen die Gegebenheiten im Heimatland und die Umstände der Migration einen potenziellen Belastungsfaktor dar. Vor allem Asylsuchende migrieren meist unfreiwillig. Die Gründe dafür sind oft Flucht vor Krieg, Folter, Gewalt oder Verfolgung. Besonders MigrantInnen, die Gewalt erfahren mussten, leiden öfter unter bestimmten körperlichen und emotionalen Symptomen als Menschen ohne solche Erfahrungen (Bundesamt für Gesundheit, 2008). Friis et al. (1998, zitiert nach Roth, 2007) belegten, dass freiwillig migrierte Personen weniger gesundheitlich belastet sind als unfreiwillig migrierte.

Drittens ist der sozioökonomische Status im Aufnahmeland ein weiterer Einflussfaktor auf den Gesundheitszustand der Betroffenen. Besonders Asylsuchende und Flüchtlinge sind von suboptimalen Wohnverhältnissen und niedrigen Einkommensverhältnissen betroffen, was ihre gesundheitlichen Risiken erhöht.

Eine zusätzliche Belastung für die psychische Gesundheit der Asylsuchenden stellt der oft unsichere Aufenthaltsstatus in der Schweiz dar, was wiederum zu Gefühlen von Unsicherheit und Zukunftsängsten führen kann. Gerritsen et al. (2006) belegen hierzu, dass Asylsuchende mehr Depressions-, Angst- und PTSD-Symptome aufweisen als Flüchtlinge mit sicherem Aufenthaltsstatus.

Ebenso können hohe Erwartungen *vor* der Migration und eine damit einhergehende Enttäuschung *nach* der Migration für die MigrantInnen belastend sein. Wie von Sluzki (2010) beschrieben, läuft der Migrationsprozess in verschiedenen Phasen ab. Insbesondere bei unfreiwilliger Migration bzw. Flucht sind die Hoffnungen und Erwartungen an das Aufnahmeland oft gross. Werden diese in der Realität nicht erfüllt, stellt dies eine zusätzliche Belastung für die MigrantInnen dar. Ebenfalls spielen Benachteiligungen durch Diskriminierung im Aufnahmeland oft eine erschwerende Rolle.

Bhugra (2003) beschreibt das Konzept *Kulturschock*. Der Begriff beschreibt eine beim Aufeinanderprallen verschiedener Kulturen im Individuum entstehende emotionale Stressreaktion, die sich durch eine empfundene Unfähigkeit zeigt, die Umwelt und menschliches Verhalten verstehen, kontrollieren und vorhersagen zu können.

Ein ebenfalls wichtiger potenzieller Belastungsfaktor entsteht durch die häufig bestehenden Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung im Aufnahmeland. Oft bestehen Kommunikationsschwierigkeiten, bedingt durch die mangelnden Sprachkenntnisse der MigrantInnen. Oft fehlen transkulturelle Kompetenzen bei den Fachpersonen im Gesundheitswesen, und es bestehen aufenthaltsrechtliche Einschränkungen bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.

### 1.3. Gesundheitliche Versorgungslage für MigrantInnen in der Schweiz

Bei der gesundheitlichen Versorgungslage für MigrantInnen in westeuropäischen Aufnahmeländern spricht man von einer Fehlversorgung.<sup>6</sup> Es besteht eine Überversorgung in der medikamentösen Behandlung und in apparativer Diagnostik, sowie in ambulanten somatischen Arztkonsultationen. Im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich – besonders im ambulanten Setting – besteht hingegen eine gravierende Unterversorgung der ausländischen im Gegensatz zu den einheimischen PatientInnen. MigrantInnen wenden sich mit ihren Beschwerden meist an somatische ÄrztInnen und werden oft erst sehr spät an psychiatrische oder psychotherapeutische Fachleute oder Institutionen verwiesen, wobei bis dahin oft bereits eine Chronifizierung ihrer psychischen Erkrankung vorliegt (Koch, 2005).

Um dieser Chancenungleichheit entgegenzuwirken, bestehen in der Schweiz verschiedene Projekte und Institutionen, die migrationsspezifische und transkulturell ausgerichtete Gesundheitsangebote realisieren. Darunter gibt es Institutionen im Bereich der öffentlichen Regelstrukturen, sowie auch Institutionen, die durch private Spendegelder finanziert werden. Beispiele für Institutionen in den öffentlichen Regelstrukturen sind das *Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer* in Zürich, eine Kooperation zwischen dem Universitätsspital Zürich und dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK), die Therapie- und Beratungsstellen *Appartenances* in Lausanne, Vevey und Yverdon, das *Centre de Santé Migrants* des Universitätsspitals Genf sowie die *Sprechstunde für MigrantInnen* der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern, auf welche später noch genauer eingegangen wird.

Trotz der bestehenden Angebote sind weitere Massnahmen zur Förderung der Chancengleichheit bezüglich den Zugang zum Gesundheitssystem notwendig, wie der Nationale Gesundheitsbericht und das Bundesamt für Gesundheit betonen (Meyer, 2008; Bundesamt für Gesundheit, 2011). Die Sprechstunde für MigrantInnen hat eine mindestens dreimonatige Warteliste für neue PatientInnen, was den Bedarf nach weiteren spezifischen Therapieangeboten für psychisch kranke MigrantInnen im konkreten Fall aufzeigt (persönliche Mitteilung A. Jossen, Oktober 2010).

Mehr regionale Angebote der öffentlichen Versorgung sind notwendig, um die Erreichbarkeit für die PatientInnen sicherzustellen. Mehr niederschwellige ambulante Angebote sind sinnvoll, da sie kostengünstiger sind als stationäre Interventionen bei Chronifizierungen oder Notfällen (Jossen, 2010b). Auch in Bezug auf PatientInnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus sind weitere spezifische Therapieangebote notwendig. Es werden transkulturell spezialisierte Institutionen mit geschulten ÜbersetzerInnen benötigt, um sprachliche und kulturelle Barrieren zu verringern (Bundesamt für Gesundheit, 2008). Ferner betont Pross (2004) die Wichtigkeit der Integration der transkulturellen Psychiatrie in die öffentliche medizinische und soziale Regelversorgung. So habe diese Integration in den Niederlanden zu mehr gesellschaftlicher Anerkennung sowie zu einer spürbaren Entlastung bis zu erhöhter Professionalität der Mitarbeitenden führen können.

---

<sup>6</sup> Dieser Abschnitt basiert auf Literatur betreffend die Schweiz, Deutschland sowie allgemein westeuropäische Aufnahmeländer (Loncarevic, 2001; Salman, 2001; Koch, 2005; Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007).

Das Bundesamt für Gesundheit hat daher die Bundesstrategie *Migration und Gesundheit* als Massnahme zur Förderung der Chancengleichheit im Gesundheitswesen lanciert. Sie ist Bestandteil des Schwerpunktprogramms zur Integrationsförderung und zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung (Meyer, 2008). 1999 wurde das Projekt *Migrant Friendly Hospitals* als Untersektion des Netzwerks *Health Promoting Hospitals* der WHO gegründet. Das Projekt hat zum Ziel, „gleiche Chancen für unterschiedliche Menschen“ und „Gleichbehandlung ohne gleiche Behandlung“ für MigrantInnen in der Schweiz zu realisieren ([www.healthhospitals.ch](http://www.healthhospitals.ch)). Die beteiligten Spitäler<sup>7</sup> sollen ihr Personal in transkultureller Kompetenz ausbilden, Übersetzungsdienste anbieten und somit Zugangsbarrieren zu Versorgungsangeboten abbauen. Die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) sind Mitglied der *Health Promoting Hospitals* und damit auch der *Migrant Friendly Hospitals* und die Sprechstunde für MigrantInnen ist eine Einrichtung der UPD Bern.<sup>8</sup> Da sie Ausgangspunkt und Grundlage der vorliegenden Arbeit ist, folgt im nächsten Kapitel (*Die ambulante Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern*) eine detaillierte Beschreibung der Einrichtung, des Behandlungskonzepts sowie der einzelnen Module. Die Sprechstunde für MigrantInnen ist durch ihre Mitgliedschaft im *Réseau Suisse d'Experts en Clinique Transculturelle* schweizweit vernetzt. Dies ist ein Netz von Experten zum Fachaustausch auf struktureller Ebene, mit dem Ziel, schweizweit nach geeigneten Behandlungskonzepten für das spezifische Patientenklientel der MigrantInnen zu suchen.

---

<sup>7</sup> In der Schweiz sind aktuell 19 Spitäler als Mitglieder registriert (Stand: Ende 2010).

<sup>8</sup> Siehe auch Kapitel 2.1.7 *Konkrete Umsetzung*

## 2. Die ambulante Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern

Die Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern besteht seit über zehn Jahren. In dieser Zeit entwickelte sich ein ambulantes, niederschwelliges, interdisziplinäres und multimodales Behandlungskonzept. Im Besonderen hat die Sprechstunde für MigrantInnen seit Jahren die anspruchsvolle Arbeit mit psychisch kranken Asylsuchenden des Kantons Bern übernommen, da diese PatientInnengruppe zur Zeit der Gründung anderweitig nicht ambulant behandelt wurde (Jossen, 2010b).

Die *Interdisziplinarität* des Behandlungskonzepts ist durch das Team gewährleistet, welches aus ÄrztInnen, PsychologInnen und einer Sozialarbeiterin besteht. Die *Multimodalität* zeigt sich durch die Vielfältigkeit der Module und das Berücksichtigen verschiedener Modi. So ergänzen sich verbale und nonverbale Angebote, Einzel- und Gruppenangebote, Bewegungs- und Gesprächsangebote. Ferner zeichnet sich das Behandlungskonzept durch *Ganzheitlichkeit* aus, welche sich durch den Einbezug der Familie, der sozialen Bedingungen und des Körpers in die Behandlung zeigt.

In diesem Kapitel wird zuerst Grundlegendes zur Institution erläutert – so die Zielgruppe des Behandlungskonzepts, das Behandlungsteam, das Thema Transkulturalität und die Rolle der ÜbersetzerInnen. Darauf folgen eine Übersicht über die Behandlungsmodule und deren übergreifende Ziele sowie ein paar Informationen zur konkreten Umsetzung des Gesamtkonzepts. Anschliessend werden die einzelnen Behandlungsmodule ausführlich beschrieben.

### 2.1. Einleitende Bemerkungen

#### 2.1.1. Zielgruppe

Das Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen richtet sich an psychisch kranke MigrantInnen, Asylsuchende und Flüchtlinge. Die Zielgruppe sind PatientInnen, bei denen der Migrationshintergrund oder die Migrationsgeschichte Auswirkungen auf die Genese oder Aufrechterhaltung ihrer psychischen Erkrankung hat (persönliche Mitteilung A. Jossen, Juni 2006). Die Zielgruppe muss als Voraussetzung für die Psychotherapie eine minimale Reflexionsfähigkeit mitbringen sowie die Bereitschaft, das Setting und die Grenzen der Therapie und der PsychotherapeutIn zu akzeptieren ([www.sprechstundem21.unibe.ch/SprechMigrant.html](http://www.sprechstundem21.unibe.ch/SprechMigrant.html)).

Die PatientInnen leiden unter verschiedenen psychischen Erkrankungen. Die häufigsten Störungsbilder nach ICD-10 sind folgende (häufig komorbid): Depressionen (depressive Episode, F32) kommen mit 56% sehr häufig vor. Genauso häufig sind die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) mit 56%. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD, F43.1), die meist aufgrund erlebter Gewalt, Verfolgung und Folter im Heimatland sowie traumatischen Erfahrungen auf der Flucht entstanden ist, tritt als spezifische Diagnose mit einer

Häufigkeit von 44% auf.<sup>9</sup> Ferner weisen 3.8% der PatientInnen der Sprechstunde für MigrantInnen eine Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) auf, sowie 4.9% der PatientInnen eine somatoforme Störung (F45). Probleme mit Bezug auf die soziale Umgebung (Z60-69) sind mit 19.6% ebenfalls vergleichbar häufig anzutreffen (Statistik der Sprechstunde für MigrantInnen, Dezember 2011).<sup>10</sup>

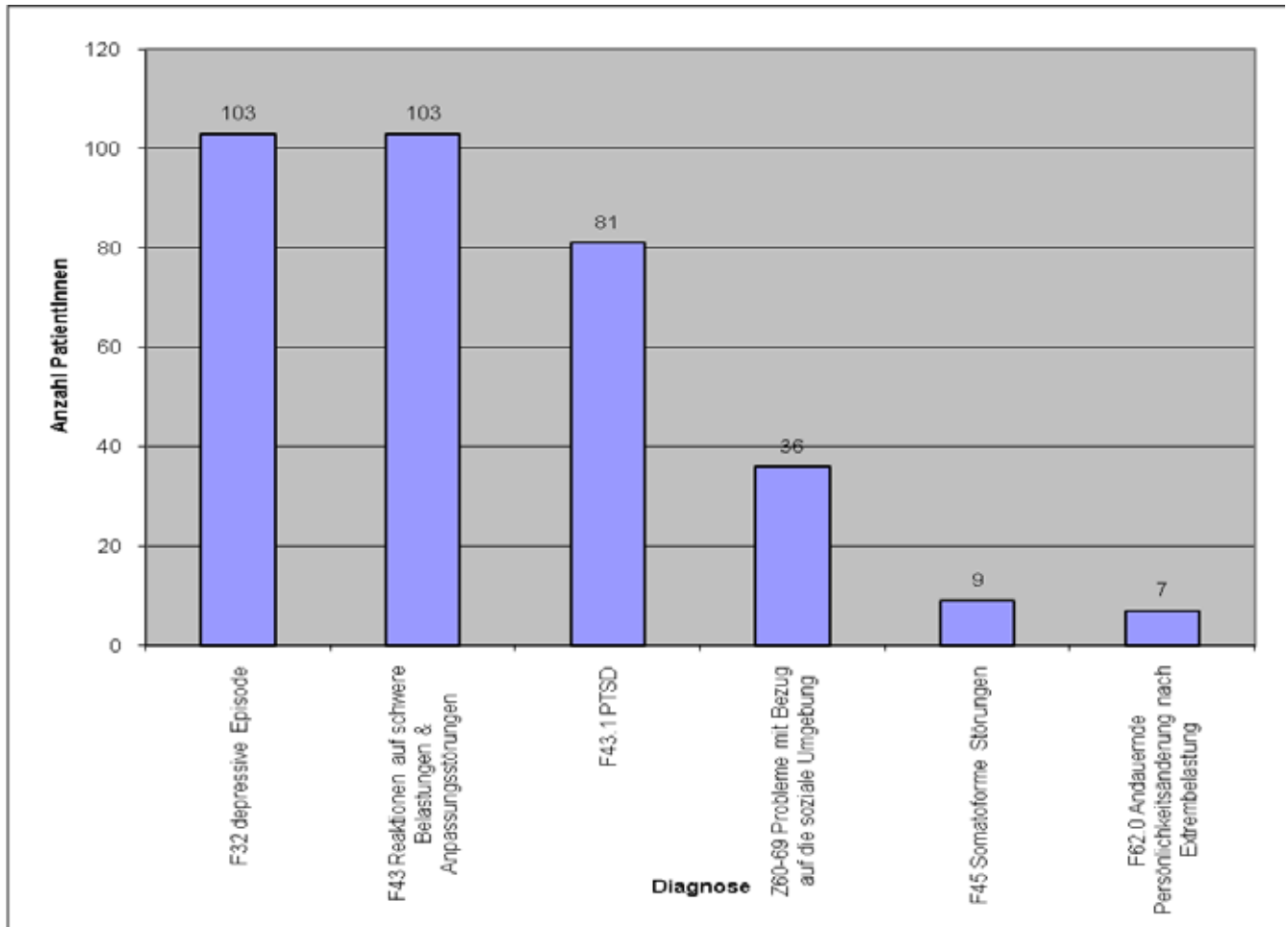


Abbildung 1: Verteilung der sechs häufigsten psychiatrischen Diagnosen in der PatientInnenpopulation der Sprechstunde für MigrantInnen (Komborbiditäten sowie überschneidende Kategorien vorhanden), N= 184

Bei MigrantInnen besteht generell eine hohe *Komorbiditätsrate*. Besonders PatientInnen mit PTSD zeigen häufig weitere psychische Symptome oder Störungsbilder (Winter, 2004). So fanden Kessler et al. (1995, zitiert nach Winter, 2004) bei 88% der traumatisierten Männer und bei 78% der traumatisierten Frauen komorbide Störungen. Am häufigsten sind Depressionen, Angststörungen, Alkoholmissbrauch, Somatisierungen und Konversionssyndrome.

Flüchtlinge oder Asylsuchende erlebten häufig mehrere aufeinander folgende traumatische

<sup>9</sup> Meist handelt es sich dabei um eine komplexe PTSD bzw. eine sequentielle Traumatisierung, worauf später im Text noch eingegangen wird.

<sup>10</sup> Zur Definition und Beschreibung der erwähnten Störungsbilder wird auf die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, 2008) verwiesen.

Erfahrungen, welche nach Keilson (1979) unter dem Begriff *sequentielle Traumatisierung* zusammengefasst werden. Dabei werden verschiedene Sequenzen unterschieden, in denen der Betroffene miteinander verknüpfte traumatische Erfahrungen erlebt, so beispielsweise im Krieg, in der Nachkriegssituation, im Exil oder auch bei der Rückkehr. Fast alle Asylsuchenden sind von der sequentiellen Traumatisierung betroffen. Durch den Einbezug potenziell retraumatisierender Faktoren wie aktuelle Ausgrenzung, drohende Abschiebung, Arbeitseinschränkung und ungünstige Wohnsituation kann dieses Konzept Symptome chronischer Angst, Passivität, Gefühle von Nutzlosigkeit und Abhängigkeit besser erklären. Eine sequentielle Traumatisierung stellt einen gewichtigen Risikofaktor für eine komplexe PTSD, Depressionen und weitere psychische Probleme dar. Die komplexe PTSD entspricht dem Typ II der PTSD. Es wird unterschieden zwischen Typ I für die PTSD nach einem einzelnen oder zeitlich kurz andauernden Trauma, und Typ II für die PTSD nach anhaltenden, über längere Zeit andauernden miteinander verknüpften Traumata (Herman, 2006).

Die PatientInnenpopulation weist eine hohe Heterogenität auf. Die PatientInnen unterscheiden sich bezüglich Herkunft, Aufenthaltsstatus, Muttersprache, Geschlecht, Alter, Religion und Ethnie. Die folgenden Angaben stammen aus den Statistiken der Sprechstunde für MigrantInnen (Stand: Dezember 2011).

Tabelle 1: Deskriptive Beschreibung der PatientInnenpopulation der Sprechstunde für MigrantInnen anhand demographischer Daten (N= 184)

<b>Herkunftsländer</b>	<b>Anteil in %</b>
Türkei	16.4 %
Kosovo	9.3 %
Sri Lanka	8.2 %
Irak	6.6 %
Eritrea	5.5 %
Iran	5.5 %
Somalia	5.5 %
Syrien	5.5 %
Afghanistan	3.3 %
Tschetschenien	3.3 %
Bosnien	2.7 %
Kamerun	2.2 %
Mazedonien	2.2 %
Äthiopien	1.6 %

Serbien	1.6 %
Ägypten	1.1 %
Algerien	1.1 %
Marokko	1.1 %
Mongolei	1.1 %
Russland	1.1 %
Sierra Leone	1.1 %
Togo	1.1 %
Tunesien	1.1 %
Angola	0.5 %
Bangladesch	0.5 %
Brasilien	0.5 %
Burundi	0.5 %
Elfenbeinküste	0.5 %
Italien	0.5 %
Kirgisistan	0.5 %
Kongo	0.5 %
Libanon	0.5 %
Philippinen	0.5 %
Portugal	0.5 %
Spanien	0.5 %
Südafrika	0.5 %
Tibet	0.5 %
Keine Angabe	4.8 %

---



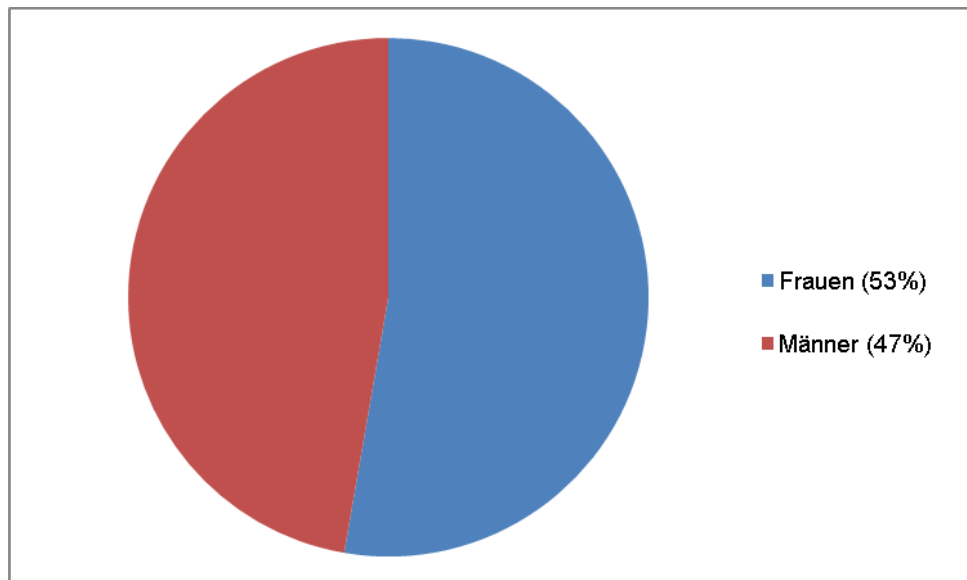


Abbildung 2: Geschlechterverteilung in der PatientInnenpopulation der Sprechstunde für MigrantInnen (N= 184)

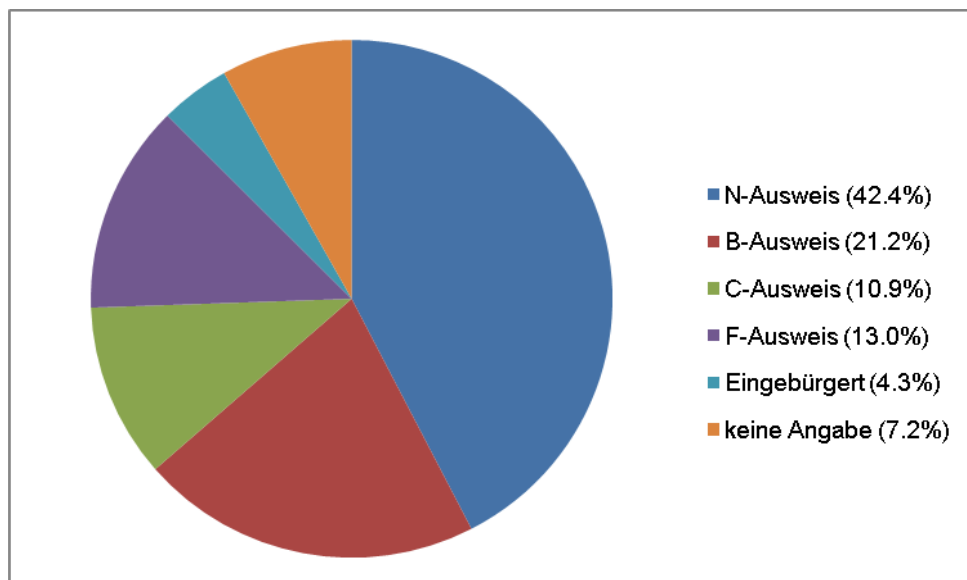


Abbildung 3: Verteilung des Aufenthaltsstatus<sup>11</sup> in der PatientInnenpopulation der Sprechstunde für MigrantInnen (N= 184)

### 2.1.2. Behandlungsteam

Das *interdisziplinäre Team* der Sprechstunde für MigrantInnen besteht aus ÄrztInnen, PsychologInnen und einer Sozialarbeiterin. Sie sind je nach Fachgebiet in transkultureller Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotraumatologie spezialisiert und kennen sich in den Grundzügen des aktuellen Asylgesetzes aus. Das Team trifft sich wöchentlich zum interdisziplinären Rapport sowie monatlich zur Intervision, wobei konzeptuelle Fragen, die jeweiligen Fälle und weiterführende Themen besprochen werden. Diese gemeinsamen Gefässe

<sup>11</sup> Zu den Aufenthaltsstatus siehe Kapitel 3.1 *MigrantInnen in der Schweiz*

dienen dem fachlichen sowie persönlichen Austausch unter den Fachleuten der verschiedenen Richtungen. Respekt vor den anderen Berufsgruppen und Wertschätzung derer Ressourcen haben im Team und in der interdisziplinären Leitung einen hohen Stellenwert.

Das Behandlungsteam geht von einem *bio-psycho-sozialen Welt- und Menschenbild* aus. Dabei werden sowohl der Körper und biologische Faktoren, wie auch Geist und Psyche einbezogen; ferner die Familie des Patienten, seine soziale Situation und auch seine individuellen Fähigkeiten und Ressourcen. Das Behandlungsteam arbeitet ressourcenorientiert und integrativ, was durch die SupervisorInnen aus systemischen, psychoanalytischen, gestalttherapeutischen und integrativen Bereichen unterstützt wird (persönliche Mitteilung A. Jossen, Januar 2011). Grundlegende Idee der Behandlung ist es, die Lebensbedingungen der PatientInnen zu verbessern, damit eine Wiedereingliederung in ein eigenständiges Leben und in die Gesellschaft möglich wird. Wichtige Aspekte der Haltung der PsychotherapeutInnen sind dabei das Wertschätzen und der Respekt vor den PatientInnen, das Würdigen ihrer Stärke und ihrer Überlebenskraft, das Stärken ihrer Selbstwirksamkeit und ihres Selbstwerts, das Vermindern ihrer Wertlosigkeitsgefühle sowie die Stärkung und Förderung ihrer vorhandenen Ressourcen (Petzold et al., 2000). Die politische Dimension der Traumata wird ebenfalls in die therapeutische Haltung integriert, indem akzeptiert und wertgeschätzt wird, dass die Betroffenen in ihrer Heimat direkt persönlich erleben mussten, was den Behandelnden aus der Berichterstattung über politische Ereignisse bekannt ist (Keilson, 1979). Die Ressourcenorientierung in Bezug auf die TherapeutInnen und die Institution zeigt sich auch in der Institutionalisierung von Gruppenangeboten, da dadurch mit weniger Ressourcen mehr PatientInnen geholfen werden kann.

### **2.1.3. Transkulturalität**

Aufgrund der unterschiedlichen Herkunftskulturen weicht das Krankheitsverständnis der ausländischen PatientInnen und des schweizerischen Behandlungspersonals oft voneinander ab.<sup>12</sup> An diesem Punkt kann von Seiten der TherapeutInnen die Transkulturelle Kompetenz ansetzen.

*Transkulturelle Kompetenz* (synonym verwendet mit *Interkultureller Kompetenz*) der TherapeutInnen gilt als Voraussetzung für die adäquate Arbeit mit den PatientInnen. Domenig (2004) definiert Transkulturelle Kompetenz als „*Fähigkeit, anderen Menschen in ihrer individuellen Lebens- und Gesundheitssituation vorurteilsfrei begegnen zu können*“, was besonders für Gesundheitsfachpersonen wichtig ist, um eine angemessene Behandlung von PatientInnen anderer Kulturen gewährleisten zu können ([www.transkulturelle-kompetenz.ch](http://www.transkulturelle-kompetenz.ch); Svejda-Hirsch & Streb, 2009). Hegemann (2010) betont dabei die Aspekte *Offenheit für das Fremde*, die *Bereitschaft, Neues zu lernen* sowie die *Selbstreflexion betreffend der eigenen kulturellen Werte*.

---

<sup>12</sup> Der kulturelle Kontext – welcher ökonomische, historische und soziokulturelle Aspekte umfasst – spielt eine wichtige Rolle bei der Bildung von subjektiven Krankheitstheorien (Salman, 2001). Subjektive Krankheitskonzepte enthalten Wissen und Vorstellungen über Ursachen und Entstehung von Krankheiten und deren Verlauf, aber auch über Behandlungsmöglichkeiten und Erfolgsaussichten.

Roth (2007) hat in ihrer explorativen Studie Symptombelastungen, Bewältigungsstrategien, Behandlungserwartungen und Krankheitserklärungen von psychisch kranken MigrantInnen – ebenfalls in der Sprechstunde für MigrantInnen – untersucht. Es zeigte sich, dass die untersuchten PatientInnen signifikant andere Vorstellungen davon haben, wer oder was ihnen helfen kann. Sie schreiben Gott bzw. einer höheren Macht und der SozialarbeiterIn signifikant mehr Wirkung zu als Schweizer PatientInnen, wohingegen sie sich selbst und dem nichtprofessionellen sozialen Umfeld signifikant weniger Wirkung und Kompetenz zuschreiben als SchweizerInnen dies tun. Den ÄrztInnen schreiben sie die grösste Wirkung zu, wobei dies auch bei Schweizer PatientInnen der Fall ist. Kläui (2006) berichtet von unrealistisch hohen Behandlungserwartungen ausländischer PatientInnen gegenüber ÄrztInnen, sowohl in Bezug auf Abklärungen wie auch therapeutische Interventionen. Weiter betont Frank (1982, zitiert nach Ollech, 2002), dass den PatientInnen eine Intervention oder Therapie sinnvoll erscheinen muss, damit sie überhaupt wirken kann. Finden die PatientInnen die Intervention in Bezug auf die eigene Problematik glaubwürdig und potenziell wirkungsvoll, ist das Wirkungspotenzial grösser.

#### **2.1.4. ÜbersetzerInnen**

Da die PatientInnen der Sprechstunde für MigrantInnen meist (noch) nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen und fremdsprachige PsychotherapeutInnen selten sind, wird meist mit ÜbersetzerInnen des offiziellen Übersetzungsdienstes Comprendi gearbeitet. Sabbioni und Gross (2006) sprechen in diesem Zusammenhang davon, dass eine genügend gute Kommunikation im Gesundheitswesen nur durch den Einsatz von *Sprachmittelnden* und *interkultureller Vermittlung* sichergestellt werden kann. Zudem ist es besonders im Gesundheitswesen wichtig, mit geschulten ÜbersetzerInnen, die auf die Arbeit mit psychiatrischen PatientInnen spezialisiert sind, zu arbeiten.

Im psychotherapeutischen Setting mit Einbezug von ÜbersetzerInnen gilt es, verschiedene Aspekte zu beachten (Haenel, 1997). Bei der Wahl eines Übersetzers sollte in Bezug auf die Patientin Geschlecht, Persönlichkeit und Herkunft bzw. ethnische Zugehörigkeit beachtet werden. So wünschen beispielsweise die meisten Frauen, die eine Vergewaltigung erleben mussten, eine weibliche Übersetzerin, jedoch gibt es auch Ausnahmen (Abdallah-Steinkopff, 1999). Die ethnische Zugehörigkeit betreffend, ist es beispielsweise wichtig, bei kurdischen PatientInnen darauf zu achten, dass nicht türkische sondern kurdische ÜbersetzerInnen eingesetzt werden, auch wenn Türkisch gesprochen wird. Ferner müssen die unterschiedlichen Rollen der TherapeutInnen und der ÜbersetzerInnen von Anfang an geklärt werden, sowohl untereinander wie auch in Bezug auf die PatientInnen. Eine Kontinuität der übersetzenden Person in Bezug auf die Therapie des Patienten hat sich – sofern die Übersetzung harmoniert und sich Patient wie auch Psychotherapeut und Übersetzer wohl fühlen – als sinnvoll erwiesen.

### 2.1.5. Das multimodale Behandlungskonzept

Das multimodale Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern beinhaltet ein vielfältiges Angebot:

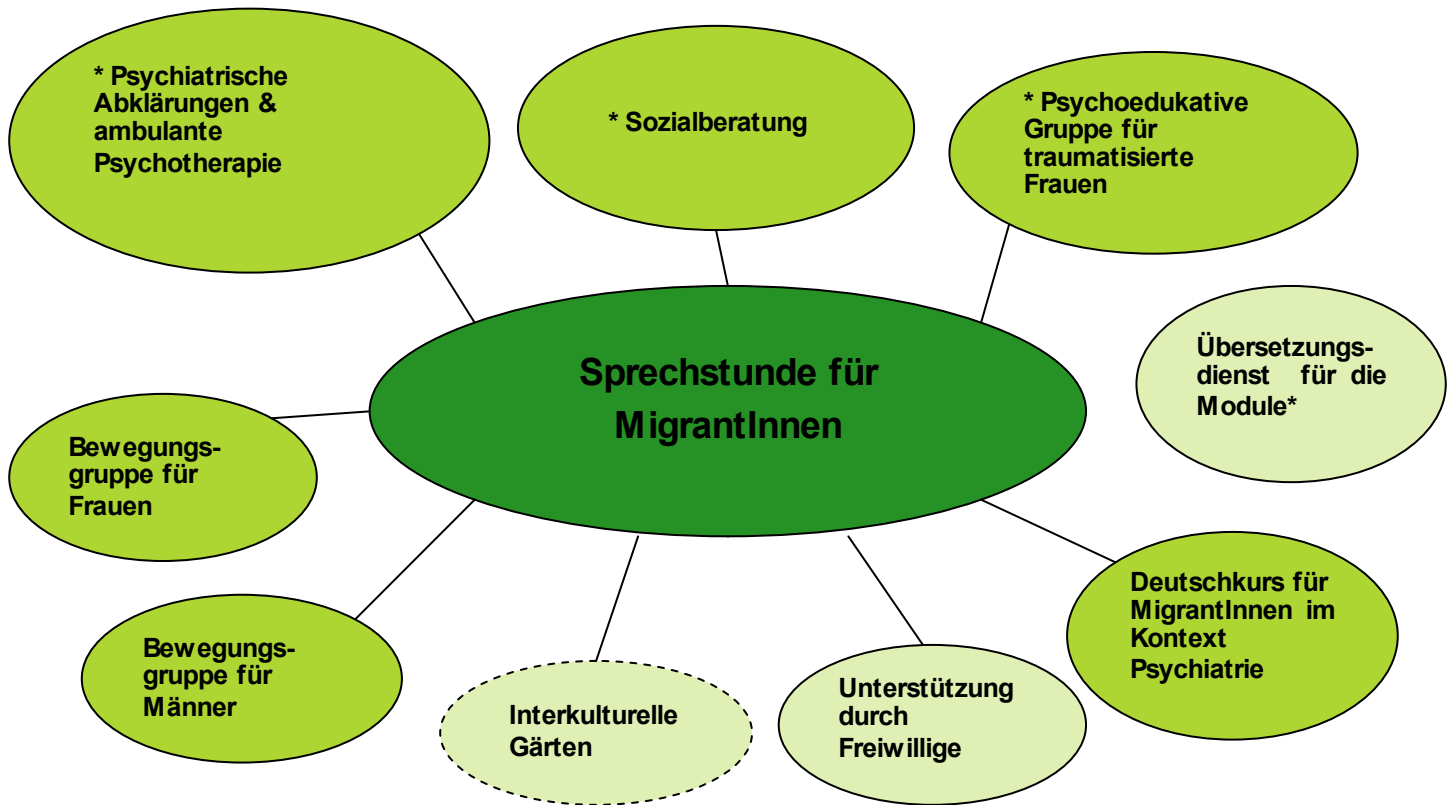


Abbildung 4: Graphische Darstellung des multimodalen Behandlungskonzepts der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern (hellgrün markiert sind Module, die extern stattfinden sowie der Übersetzungsdienst, der kein eigenes Modul darstellt)

\* Der Übersetzungsdienst wird für folgende Module eingesetzt: Psychiatrische Abklärungen und Psychotherapie, Sozialberatung, Psychoedukative Gruppe für traumatisierte Frauen.

### 2.1.6. Übergreifende Ziele

In den folgenden Kapiteln werden die einzelnen Behandlungsmodule der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern vorgestellt und mit dem entsprechenden theoretischen Hintergrund ergänzt. Die Beschreibung der Module ist jeweils nach dem folgenden Prinzip aufgebaut: Zuerst wird das betreffende Modul anhand der Aspekte *Zielgruppe*, *Indikation* und *Vorgehen in der Sprechstunde für MigrantInnen* kurz beschrieben. Anschliessend werden *Ziele des Moduls* und *theoretische Begründungen anhand von empirischen Ergebnissen* erläutert. Im dritten Teil des jeweiligen Kapitels wird die praktische *Umsetzung des Moduls in der Sprechstunde für MigrantInnen* anhand konkreter Aufgaben und Tätigkeiten beschrieben. Zuerst wird an dieser Stelle auf einige übergreifende Ziele der verschiedenen Behandlungsmodule eingegangen.

Ein wichtiges gemeinsames Ziel der verschiedenen Behandlungsmodule ist die *Stärkung der Selbstwirksamkeit*. Dazu gehören die Förderung des Selbstvertrauens und das Verlassen der

Opferrolle. Hier können die Module der Bewegungsgruppe sowie die Interkulturellen Gärten einen Beitrag leisten. Aber auch die Projekte zur Tagesstruktur sowie mit Freiwilligen sind in diesem Zusammenhang essentiell. Die PatientInnen erleben im Kontakt mit Einheimischen, dass sie arbeiten und mithelfen können, sie werden zu Aktivitäten motiviert und können Erfolgserlebnisse erfahren. Auch der Deutschkurs kann zur Stärkung des Selbstvertrauens beitragen, indem er den MigrantInnen durch das Vermitteln von Sprachkenntnissen zu Möglichkeiten selbständigeren Handelns, zur Kommunikation und zum Verstehen des Umfelds verhilft.

Ein weiteres übergreifendes Ziel ist der *Einbezug nonverbaler Methoden* in die Behandlungsmodule. So bestehen neben der zentralen verbal orientierten Psychotherapie nonverbale Angebote, wie die Bewegungsgruppe für traumatisierte MigrantInnen. Auch die Interkulturellen Gärten können zu den nonverbalen Angeboten gezählt werden, da es primär um den Kontakt mit der Natur und den Menschen über die gemeinsame Gartenarbeit geht, wobei das Sprachliche nicht im Zentrum steht. Besonders für MigrantInnen, für welche die Sprache im fremden Land oft ein Hindernis darstellt, ist dieser zusätzliche Zugang zu Ressourcen, Problemlösungen und Mitmenschen bereichernd.

Die *soziale Integration* ist ein weiteres wichtiges, die verschiedenen Module übergreifendes Ziel. Oft leiden die PatientInnen unter sozialer Isolation. Gruppenmodule wie Deutschkurs, Gartenprojekte, psychoedukative und bewegungsorientierte Gruppen bieten ihnen die Möglichkeit, soziale Kontakte zu knüpfen und diese durch die regelmässigen Treffen auch aufrechtzuerhalten. Die strukturellen Gegebenheiten des Asyl- und Ausländergesetzes und die Situation von MigrantInnen mit einem unsicherem Aufenthaltsstatus haben einen enormen Einfluss auf das Leben und das Befinden der Betroffenen. Die Unsicherheit in Bezug auf ihre Zukunft verunmöglicht besonders für traumatisierte Menschen die Stabilität, welche dringend notwendig ist (Ünal, 2009). Daher ist Unterstützung im Bereich der sozialen Integration ebenfalls wichtig.

Die Rolle der *Tagesstruktur* ist nicht zu unterschätzen. Wie erwähnt haben die meisten Asylsuchenden keine Arbeitsbewilligung und es mangelt ihnen dadurch an einer regelmässigen Beschäftigung. Durch Angebote wie die Interkulturellen Gärten oder das Aufgleisen von Freiwilligennetzwerken, die kleinere Arbeiten, Beschäftigungen oder Aktivitäten organisieren und mit den MigrantInnen gemeinsam ausführen oder ihnen übertragen, können sich die PatientInnen eine Tagesstruktur aufbauen. Diese Tagesstruktur vermittelt ihnen einen gewissen Halt, der besonders für traumatisierte PatientInnen sehr wichtig ist. Alle regelmässig stattfindenden Angebote können den PatientInnen zu einer zumindest minimalen Tagesstruktur verhelfen.

### **2.1.7. Konkrete Umsetzung**

In diesem Kapitel wird zuerst auf die personelle Besetzung sowie die Einbettung der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern eingegangen. Anschliessend wird die Entstehungsgeschichte der Einrichtung berichtet und es werden weitere Aspekte für die konkrete Umsetzung solcher Einrichtungen beleuchtet, namentlich die Finanzierung, die Infrastruktur und die breite Vernetzung mit anderen Institutionen.

*Personelle Besetzung:* Die Sprechstunde für MigrantInnen behandelte während des Jahres 2011 183 PatientInnen (Stand: Dezember 2011). Angestellt sind zurzeit ein Oberarzt und eine leitende Psychologin (Leitung insgesamt: 100 Stellenprozent), zwei AssistenzärztInnen (125%), zwei Psychologinnen (140%), eine Sozialarbeiterin (50%) und neu (seit 2012) eine Assistenzpsychologin (60%). Mit 415 Stellenprozenten wurden folglich im Jahre 2011 183 PatientInnen ambulant behandelt (Stand: Dezember 2011).

Zur Illustration ein kurzes Fallbeispiel: Eine 40-jährige Patientin, eine Kurdin aus der Türkei, war während fünf Jahren in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung in der Sprechstunde für MigrantInnen. In den Psychotherapiesitzungen wurde die psychische Stabilität der Patientin gefördert, ein Vertrauensverhältnis zur behandelnden Psychotherapeutin aufgebaut sowie die Patientin im Aufbau ihrer Selbständigkeit unterstützt. Nach Erreichung einer gewissen psychischen Stabilität war die Patientin dazu bereit, am Deutschkurs teilzunehmen und besuchte während einer längeren Phase die Bewegungsgruppe. Die Patientin lernte, sich wieder freier zu bewegen und baute Ängste ab. Mit der Sozialarbeiterin der Sprechstunde für MigrantInnen konnten Beschäftigungsmöglichkeiten organisiert werden, durch welche die Patientin eine Tagesstruktur und Tätigkeit aufbauen konnte. Nach fünf Jahren wurde die Behandlung abgeschlossen.

*Einbettung:* Wie die Einrichtung der Sprechstunde für MigrantInnen in die öffentliche Regelversorgung des Gesundheitswesens eingebettet ist, wird aus der folgenden Abbildung ersichtlich.

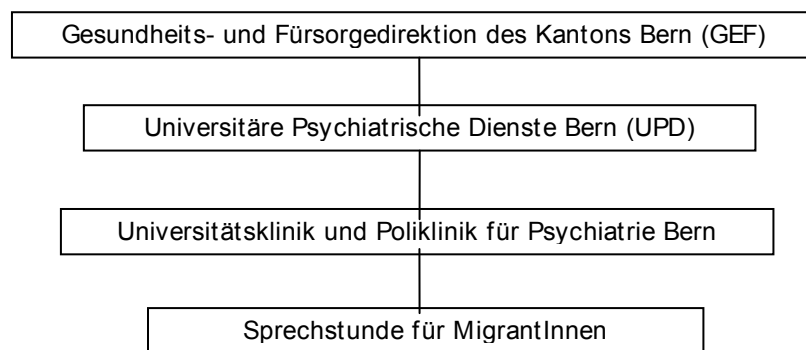


Abbildung 5: Einbettung der Sprechstunde für MigrantInnen in die öffentliche Regelversorgung im Kanton Bern

*Entstehung:* Innerhalb von gut zehn Jahren entwickelte sich die Sprechstunde für MigrantInnen zum heutigen multimodalen Behandlungskonzept. 1999 waren das Kriseninterventionszentrum (KIZ) und die Krisenambulanz aufgrund der fehlenden adäquaten Behandlungsmöglichkeiten für die PatientInnen mit Migrationshintergrund überlastet (persönliche Mitteilung A. Jossen, November 2011). Die meisten waren traumatisierte Asylsuchende aus Bosnien und dem Kosovo, die infolge des Kriegs geflüchtet waren. Durch die hohe psychosoziale Belastung nach der traumatischen Vergangenheit traten häufige Krisen auf, weshalb zahlreiche MigrantInnen das KIZ und die Krisenambulanz aufsuchten. Wegen der Sprachbarriere, unklarer Finanzierung und mangelnder Spezialisierung auf diese PatientInnengruppe konnten die PatientInnen nicht an niedergelassene PsychotherapeutInnen weitergewiesen werden und es

entstanden Behandlungsempässe. Die meisten psychiatrischen Abklärungen ergaben, dass eine psychotherapeutische Behandlung dringend indiziert war. So beschloss der ehemalige Vize-Direktor der Gemeinde- und Sozialpsychiatrie der UPD Bern im Jahre 2000 „aus der Not eine Tugend zu machen“ und eine Spezialisierung auf die PatientInnengruppe der MigrantInnen zu fördern (persönliche Mitteilung A. Jossen, November 2011). Er setzte finanzielle und personelle Ressourcen ein und gründete die Sprechstunde für MigrantInnen. Vorerst wurden psychiatrische Abklärungen und ambulante Psychotherapie mit ÄrztInnen und einer Psychologin durchgeführt. 2003 wurde eine Psychologin als Co-Leiterin neben dem leitenden Oberarzt eingesetzt, um das Konzept der Sprechstunde für MigrantInnen zu entwickeln. So folgte über viele Jahre die Entwicklung der weiteren, ergänzenden Behandlungsmodule, welche heute Teil der Sprechstunde für MigrantInnen sind. Die Entwicklung erfolgte pragmatisch, ökonomisch und patientInnenorientiert.

*Finanzierung:* Zur Anstossfinanzierung für die einzelnen Module wurden Drittmittel akquiriert, so beispielsweise vom Migrationsdienst des Kantons Bern (MIDI), dem Netzwerk Migrant Friendly Hospitals (MFH), dem Bundesamt für Sport und dem kantonalen Projekt Movimento. Heute wird der grösste Teil von der UPD finanziert. Einzig der Deutschkurs wird vom MIDI und die Bewegungsgruppe für Männer vom Bundesamt für Sport mitfinanziert. Die UPD stellen die Infrastruktur zur Verfügung, die patientInnenbezogenen Leistungen können über den Tarmed-Tarif abgerechnet werden.

*Infrastruktur:* Die Sprechstunde für MigrantInnen besteht räumlich gesehen aus sieben Sprechzimmern auf dem gleichen Stockwerk, in dessen Korridor sich ein Warteraum mit Tisch und Stühlen sowie Kinderspielsachen befindet. Da eine externe Kinderbetreuung für die PatientInnengruppe der psychisch kranken MigrantInnen oft schwierig zu organisieren ist, empfiehlt sich eine Zusammenarbeit mit einer Kinderkrippe. Die Sprechzimmer werden für die Einzel- und Familiengespräche genutzt. Ferner stehen Gruppenräume für die Psychoedukative Gruppe und den Deutschkurs, sowie eine kleine Turnhalle für die Bewegungsgruppen zur Verfügung. Die verschiedenen Module des Behandlungskonzepts finden am gleichen Ort statt.<sup>13</sup> Dies bietet den Vorteil, dass die PatientInnen die Institution und somit „das Haus“ bereits kennen. Erfahrungsgemäss entwickeln sie mit der Zeit zunehmend Vertrauen in den Ort, was sich positiv auf die Motivation, die Kontinuität der Teilnahme an den Modulen sowie auf die psychische Stabilität auswirkt.

Neben den Räumlichkeiten wird diverses Material benötigt: Büro- und Informationsmaterial bzw. Fachliteratur zu Asylrecht und Psychotraumatologie, Unterrichtsmaterialien für die Psychoedukative Gruppe<sup>14</sup> sowie den Deutschkurs. Für die Bewegungsgruppen<sup>15</sup> werden

---

<sup>13</sup> Ausnahmen sind dabei die Bewegungsgruppe für Männer, die aus Platzgründen im Nebengebäude stattfindet, sowie die vernetzten Angebote der Interkulturellen Gärten und die Unterstützung durch Freiwillige, die an verschiedenen Orten stattfinden.

<sup>14</sup> An dieser Stelle wird auf das Manual *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen* von Liedl, Schäfer &

Massagebälle, Liegematten, Pezzibälle und mehr benötigt; für die Männer Sportutensilien wie ein Fussball und Turnschuhe, da diese erfahrungsgemäss oft über keine eigenen verfügen. Das Material wurde teilweise durch Spenden (bspw. Materialspenden) akquiriert, welche die Sozialarbeiterin beantragt hatte.

*Vernetzung:* Die Vernetzung mit anderen Institutionen ist unerlässlich. Insbesondere aufgrund der gesellschaftspolitischen Brisanz der Arbeit ist die breite Vernetzung der Fachpersonen sowie der Einrichtung als Ganze wichtig.

Auf institutioneller Ebene ist die Sprechstunde für MigrantInnen als Teil der UPD Mitglied von *Migrant Friendly Hospitals* (MFH), welches wiederum Mitglied der *Health Promoting Hospitals* (HPH) der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) ist.<sup>16</sup>

Jede Berufsgruppe ist innerhalb der UPD eingebettet und vernetzt mit Fachleuten der eigenen Berufsgruppe. Ferner ist die Sprechstunde für MigrantInnen breit vernetzt mit diversen Institutionen, so mit internen und externen Psychiatriestellen, mit den Behörden sowie mit regionalen Angeboten zur Tagesstruktur für die PatientInnen.<sup>17</sup>

Die Sprechstunde für MigrantInnen ist in der praktischen Arbeit direkt vernetzt mit dem internen Kriseninterventionszentrum (KIZ), so dass PatientInnen beispielsweise nach einer belastenden, destabilisierenden Befragung im Rahmen des Asylverfahrens aufgefangen werden können und eine bis drei Nächte stationär behandelt werden können. Ebenfalls springt aufgrund der langen Warteliste der Sprechstunde für MigrantInnen bei Bedarf die Krisenambulanz ein. Ferner findet eine Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Universitätsklinik statt: Akut suizidale PatientInnen können in die Klinik zum stationären Aufenthalt eingewiesen werden; die Klinik ihrerseits weist austretende PatientInnen für die Nachbehandlung an die ambulante Sprechstunde weiter.

Ebenfalls ist die Sprechstunde für MigrantInnen mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) vernetzt. Dies ist insbesondere wichtig, um die Gesundheit der Kinder psychisch kranker Eltern nicht aus dem Blickfeld zu verlieren und für sie bei Bedarf ebenfalls eine adäquate Behandlung zu organisieren.

Die bewusste Trennung zwischen anwaltschaftlicher und psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit ist gerade in diesem Fachbereich sehr wichtig. Die Fachpersonen der Sprechstunde für MigrantInnen verfassen fachliche Berichte über den Gesundheitszustand der PatientInnen für die Anwälte, beziehen aber rechtlich und politisch nicht Stellung zur Situation der PatientInnen. Sie bleiben somit fachlich unabhängig und bewahren diese Rolle trotz Anforderungen von verschiedenen Seiten und der oft hohen Komplexität der Situationen. Die Sprechstunde für MigrantInnen ist deshalb vernetzt mit der Berner Rechtsberatungsstelle für

---

Knaevelsrud (2010) verwiesen.

<sup>15</sup> An dieser Stelle wird auf das Manual *Bewegungsgruppentherapie für psychisch kranke MigrantInnen* von Jossen, Roth & Sauser (2009) verwiesen.

<sup>16</sup> Siehe auch Kapitel 1.3 *Gesundheitliche Versorgungslage für MigrantInnen in der Schweiz*

<sup>17</sup> Genaueres dazu in Kapitel 2.3 *Sozialberatung*



Menschen in Not (RBS) und Anwälten. PatientInnen, welche eine Rechtsberatung benötigen – beispielsweise für das Asylverfahren – können dorthin weitergewiesen werden.

Die Sprechstunde für MigrantInnen als Ganze ist zum Zweck des fachlichen Austauschs vernetzt mit dem *Réseau Suisse d'Experts en Clinique Transculturelle* sowie mit dem *Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.* (DTPPP). Auch fachlich ist die Sprechstunde für MigrantInnen breit vernetzt: Immer wieder werden von den Fachpersonen der Sprechstunde für MigrantInnen Weiterbildungen für die Schweizerische Flüchtlingshilfe (SFH), das Bundesamt für Migration (BFM), andere psychiatrische Kliniken, den Übersetzungsdienst und für Freiwillige durchgeführt.

## **2.2. Modul: Psychiatrische Abklärungen und ambulante Psychotherapie**

### **2.2.1. Das Modul**

Die ambulante Psychotherapie einschliesslich der psychiatrischen Abklärungen ist das zentrale Modul der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern.<sup>18</sup> Die EinzelpsychotherapeutInnen sind dabei gleichzeitig auch die LeiterInnen der Gruppenangebote, was den Vorteil hat, dass die Behandelnden die PatientInnen auch aus anderen Blickwinkeln kennenlernen können.

Die psychiatrischen Abklärungen und die darauf folgende Psychotherapie richten sich an psychisch kranke MigrantInnen, bei denen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung mit transkulturell kompetenten Fachpersonen und sofern nötig mit geschulter Übersetzung indiziert ist.

Der Psychotherapeut<sup>19</sup> gilt als fallführend und koordiniert die Teilnahme der PatientInnen an den verschiedenen Modulen. Je nach Indikation verordnet der zuständige Psychotherapeut die Teilnahme an den ergänzenden Modulen der Sprechstunde für MigrantInnen.

### **2.2.2. Theoretische Begründung und Ziele**

Aufgrund der in Kapitel 1.2 erläuterten Vulnerabilität der Migrationsbevölkerung für psychische Erkrankungen ist ambulante Psychotherapie mit transkulturell kompetenten PsychotherapeutInnen – und sofern nötig geschulten ÜbersetzerInnen – für eine adäquate Behandlung von MigrantInnen wichtig und sinnvoll.

Eines der wichtigsten allgemeinen *Ziele*<sup>20</sup> der psychotherapeutischen Behandlung psychisch kranker MigrantInnen ist das Vermitteln von Stabilität und Sicherheit. Besonders

---

<sup>18</sup> In der vorliegenden Arbeit ist mit *Psychotherapie* die Psychotherapie im Einzelsetting gemeint, im Unterschied zu den anderen Therapieformen (bspw. Gruppentherapie) des multimodalen Behandlungskonzepts der Sprechstunde für MigrantInnen.

<sup>19</sup> Mit PsychotherapeutInnen sind in der vorliegenden Arbeit stets sowohl psychologische wie auch ärztliche PsychotherapeutInnen gemeint.

<sup>20</sup> Hier wird nicht auf detaillierte oder konkrete Therapieziele eingegangen, da diese je nach PatientIn (Diagnose, Probleme, Persönlichkeit) und PsychotherapeutIn (Therapierichtung, Vorgehensweise, Arbeitsstil) variieren.

traumatisierte MigrantInnen, die genau dies durch ihre traumatischen Erfahrungen verloren haben, benötigen dringend Stabilität und Halt. Nach Herman (2006) ist die erste wichtige Phase der Genesung bei traumatisierten Menschen die Herstellung von Sicherheit. Erst dann kann in einer zweiten Phase das Trauma rekonstruiert und in einer dritten Phase die Verbindung zum normalen Leben wieder geknüpft werden. Zur Herstellung von Sicherheit gehört auch, dass der Patient aus der Erfahrung des Kontrollverlusts während der traumatischen Erfahrung herauskommt und die Kontrolle über sich und sein Leben wiedererlangt. Diese wichtigen und notwendigen Voraussetzungen der Stabilität, Sicherheit und eigener Kontrollübernahme sind aber bei den Asylsuchenden durch den unsicheren Aufenthaltsstatus und die provisorischen Lebensumstände im Aufnahmeland oft nicht möglich. Durch kontinuierliche Psychotherapie und die Verlässlichkeit der therapeutischen Beziehung soll den PatientInnen zumindest ein gewisses Mass an Halt geboten werden.

Der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ist in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere traumatisierten Personen, besonders wichtig (Svejda-Hirsch & Streb, 2009). Da Ohnmacht und Isolation tiefgreifende Erfahrungen des traumatischen Erlebens sind, ist das Austreten aus der sozialen Isolation durch Aufbau von Kontakt und Beziehungen eine wichtige Voraussetzung für die Verarbeitung des Traumas (Herman, 2006). Gerade bei schwer traumatisierten MigrantInnen ist die Überwindung ihres Misstrauens zu Beginn der therapeutischen Beziehung und der Aufbau von Vertrauen ein wichtiger Prozess (Ünal, 2009). Eine verlässliche therapeutische Beziehung ermöglicht es den PatientInnen, Sicherheit, Wertschätzung und Empathie zu erleben. Transkulturelle Kompetenz und Kultursensitivität von Seiten der PsychotherapeutInnen sind notwendig und hilfreich zum Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung.

„*Sprache und Kommunikation sind die zentralen Medien in der psychotherapeutischen Arbeit*“ (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007, S. 356). Dadurch und aufgrund der sprachlichen Differenzen zwischen Behandelnden und PatientInnen sind geschulte ÜbersetzerInnen wichtig.<sup>21</sup> Die ÜbersetzerInnen, die in jeder Therapiestunde anwesend sind, spielen auch in der therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle (Abdallah-Steinkopff, 1999). Sie können dabei eine förderliche, hilfreiche Stellung einnehmen oder aber auch erschwerend für den Aufbau der therapeutischen Beziehung sein. Beim Setting mit TherapeutIn, PatientIn und ÜbersetzerIn findet der verbale Kontakt immer indirekt über den Übersetzer statt. Die therapeutische Arbeit mit Hilfe von ÜbersetzerInnen ist dadurch eine Herausforderung für beide Seiten. Nonverbale direkte Kommunikation zwischen TherapeutIn und PatientIn ist ergänzend möglich, jedoch wird nicht jener direkte Kontakt hoher Intensität erreicht wie bei einer Psychotherapie ohne Übersetzung. Durch ergänzende Vorgehensweisen, die nicht primär über den verbalen Weg funktionieren, sondern beispielsweise körperorientiert an ein Problem oder an Ressourcen herangehen, können Alternativen geschaffen werden.

Aufgrund der oft massiven Problembelastung der MigrantInnen und der durch die strukturellen Gegebenheiten begrenzten Handlungsmöglichkeiten zur Problemlösung, kommt der

---

<sup>21</sup> Siehe Kapitel 2.1.4 *ÜbersetzerInnen*

Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie eine wichtige Rolle zu (Petzold et al., 2000). Neben der adäquaten Thematisierung von Problemen und Schwierigkeiten muss sich die Therapie auch auf vorhandene positive Aspekte fokussieren und diese Ressourcen stärken.

Bezüglich der *Wirksamkeit* der Psychotherapie bei psychisch kranken MigrantInnen, insbesondere bei traumatisierten Flüchtlingen, gibt es unterschiedliche empirische Ergebnisse. Paunovic und Öst (2001) belegten in einer Studie in Schweden deutliche Verbesserungen bei der Symptomatik von Flüchtlingen mit PTSD, die mit kognitiver Verhaltenstherapie bzw. mit Exposition behandelt wurden. Die PatientInnen der untersuchten Stichprobe verfügten jedoch alle über einen sicheren Aufenthaltsstatus und beherrschten die Landessprache, so dass die Untersuchung und die Therapie ohne ÜbersetzerInnen durchgeführt werden konnte.

Birck (2004) untersuchte bei den PatientInnen am Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin, ob sich die Symptomatik zwischen zwei Untersuchungszeitpunkten im Abstand von einem Jahr unterschiedlich stark verändert hatte. Sie verglich dabei PatientInnen, die wöchentlich zur Psychotherapie kamen, mit PatientInnen, die nur zur Diagnostik und Aufenthaltssicherung zwei Mal jährlich zu einem Termin kamen. Es zeigten sich keine signifikanten Treatment-Einflüsse zur Verbesserung der Symptomatik, jedoch konnte eine Verschlechterung der Symptomatik bei jenen PatientInnen, die sich in Psychotherapie befanden, im Gegensatz zu den anderen PatientInnen, tendenziell verhindert werden.<sup>22</sup>

Den beiden erwähnten Studien liegen sehr unterschiedliche Stichproben zugrunde. Die PatientInnen der schwedischen Studie verfügten über ausreichende Kenntnisse der Landessprache und über einen gesicherten Aufenthaltsstatus. Die PatientInnen der deutschen Studie hingegen hatten wiederholt negative Asylentscheide und Abschiebungen bei NachbarInnen und FreundInnen beobachtet oder waren sogar selbst von einem negativen Asylentscheid betroffen. Eine ausreichende Stabilität und Sicherheit der äusseren und inneren Situation ist für traumatisierte Menschen essentiell. Auch Ünal (2009) betont, dass das Fördern der psychischen, somatischen, sozialen und rechtlichen Stabilität eine Voraussetzung ist, um eine Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen zu ermöglichen. Ohne diese Stabilität ist psychotherapeutische Arbeit nur eingeschränkt erfolgsversprechend. Die Psychotherapie stösst durch solche nicht beeinflussbaren Belastungen – wie beispielsweise den unsicheren Aufenthaltsstatus – an die Grenzen ihrer Möglichkeiten.

Diese *Grenzen* zeigten sich in Studien wie den beiden eben erwähnten, sowie auch in Selbsteinschätzungen der PatientInnen, wie Roth (2007) in der Sprechstunde für MigrantInnen erforschte. Betreffend Erwartungen der PatientInnen an die Psychotherapie zeigte sich, dass die Betroffenen eine Psychotherapie ohne gleichzeitige Verbesserung der Lebensbedingungen im Aufnahmeland als wenig sinnvoll erachteten. Gavranidou und Abdallah-Steinkopff (2007) betonen diesbezüglich in ihrem Artikel *Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie?*, dass sich PsychotherapeutInnen bei der Arbeit mit MigrantInnen auch als Wegbegleiter sehen sollen, die gemeinsam mit den PatientInnen die nicht beeinflussbaren Schwierigkeiten aushalten und die PatientInnen in diesem Aushalten unterstützen. Dies ist nötig,

---

<sup>22</sup> Auf diese Studie wird im Kapitel 3.3 *Ergebnisse und Diskussion* genauer eingegangen.

da eine isolierte Behandlung der Traumata oder anderer psychischer Probleme nicht funktionieren kann, sondern eine stärkere Auseinandersetzung mit den erschwerten Lebensbedingungen der PatientInnen erforderlich ist. Auch Roth (2011) erwähnt, wie wichtig die Kontextfaktoren – wie sozioökonomische Gegebenheiten und Ausländerpolitik – in Bezug auf die Therapiebeziehung und den Therapieverlauf sind.

### **2.2.3. Umsetzung**

Die Zuweisung der PatientInnen zur Sprechstunde für MigrantInnen erfolgt über die HausärztInnen bzw. ErstversorgerärztInnen.<sup>23</sup> Als erstes findet daraufhin eine *psychiatrische Abklärung* im Rahmen eines Erstgesprächs in der Sprechstunde für MigrantInnen statt. Dabei werden Anamnesedaten erhoben, sofern vorhanden psychiatrische Diagnosen gestellt und die Notwendigkeit einer Behandlung beim betreffenden Patienten abgeklärt. Die psychiatrische Abklärung wird von einem der Psychotherapeuten mit Hilfe eines geschulten Übersetzers durchgeführt. Die Entscheidung über die Notwendigkeit der Behandlung erfolgt nach Beizug des Oberarztes oder der leitenden Psychologin. Falls eine Behandlung indiziert ist, wird das Prozedere für den weiteren Verlauf vorgeschlagen. Aktuell arbeiten drei psychologische und zwei ärztliche PsychotherapeutInnen therapeutisch an der Sprechstunde für MigrantInnen, sowie ein Oberarzt und eine leitende Psychologin (Stand: Januar 2012). In den dreimonatlich stattfindenden Patientenprozessbesprechungen (PPB) der einzelnen PsychotherapeutInnen mit dem leitenden Oberarzt und der leitenden Psychologin werden kurz- und langfristige Therapieziele erarbeitet, sowie der Verlauf der Therapien, die Frequenz der Sitzungen und die Haltung der PsychotherapeutInnen besprochen und geklärt.

Bei den psychiatrischen Abklärungen wird ersichtlich, dass die PatientInnen am häufigsten folgende psychischen Probleme aufweisen: Depression (depressive Episode F32), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), darunter insbesondere PTSD (F43.1) sowie Probleme mit Bezug auf die soziale Umgebung (Z60-69) (Statistik der Sprechstunde für MigrantInnen, März 2011).<sup>24</sup>

In den meisten Fällen zeigt die psychiatrische Abklärung, dass eine *ambulante Psychotherapie* indiziert ist. Diese wird durch die gleichen PsychotherapeutInnen mit Übersetzung weitergeführt. So besteht von Beginn der Behandlung an für die PatientInnen eine Kontinuität. Die Psychotherapiesitzungen finden je nach Indikation sowie Ressourcen wöchentlich bis zu zweimonatlich statt und dauern ungefähr eine Stunde. Die Dauer der Behandlung ist je nach Diagnose und Lebensumständen unterschiedlich. Es gibt Psychotherapien, die mehrere Jahre dauern, andere werden nach wenigen Wochen wieder beendet, je nach Umständen und Schweregrad der Symptombelastung.

Die PsychotherapeutInnen arbeiten nach den Methoden der *Gestalttherapie*, der *systemischen Therapie* und der *Verhaltenstherapie*. Auch *traumazentrierte Ansätze* kommen –

---

<sup>23</sup> Im Kanton Bern werden Asylsuchende bestimmten HausärztInnen zugeteilt. Diese werden ErstversorgerärztInnen genannt.

<sup>24</sup> Genaueres dazu siehe Kapitel 2.1.1 *Zielgruppe*

soweit sinnvoll – zur Anwendung. Wie bereits erwähnt, ist *ressourcenorientiertes Vorgehen* von grosser Bedeutung. Speziell bei traumatisierten PatientInnen soll beim ressourcenorientierten Vorgehen in der Psychotherapie darauf geachtet werden, dass die Waage gehalten wird zwischen Anerkennung des Leidens der PatientIn auf der einen und Ressourcenorientierung auf der anderen Seite (Reddemann, 2008). Die Anerkennung des erlebten Leidens sowie des Unrechts ist für traumatisierte PatientInnen oft wichtig, unvorbereitetes Umschwenken auf ressourcenorientierte Therapiearbeit kann bei den PatientInnen eine Kränkung auslösen. Ressourcenorientierte Techniken sollten also vor der Anwendung verständlich eingeführt und mit den PatientInnen besprochen werden. Wichtig ist es auch, dass die Gesundheit der Kinder psychisch kranker Eltern im Auge behalten wird. In diesem Sinne machen die PsychotherapeutInnen der Sprechstunde für MigrantInnen auch Abklärungen der Kinder der PatientInnen und arbeiten mit dem internen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) zusammen.

Die ambulante Psychotherapie findet meist im Einzelsetting statt, je nach Problematik oder Situation können jedoch nahe Angehörige einbezogen werden. Im Zentrum der Psychotherapie steht der betreffende Patient bzw. die betreffende Patientin. Oft ist ferner eine *pharmakotherapeutische Behandlung* indiziert und wird ergänzend vorgenommen.

## **2.3.Modul: Sozialberatung**

### **2.3.1. Das Modul**

Die Sozialberatung der Sprechstunde für MigrantInnen bildet einen wichtigen Baustein des Behandlungskonzepts. Das Modul richtet sich an alle PatientInnen der Sprechstunde für MigrantInnen, welche bezüglich sozialer Probleme<sup>25</sup> Unterstützung brauchen. Solche Probleme liegen bei fast allen Asylsuchenden vor. Es liegt in der Kompetenz der behandelnden PsychotherapeutInnen, in Absprache mit der Sozialarbeiterin zu entscheiden, ob bei ihren PatientInnen eine zusätzliche Sozialberatung indiziert ist. Bei Bedarf wird eine Anmeldung vorgenommen.

Das Modul der Sozialberatung ist eng mit dem der Psychotherapie verknüpft. SozialarbeiterIn und PsychotherapeutInnen stehen in regem Austausch miteinander. Neben den wöchentlichen interdisziplinären Teamsitzungen informieren sie sich gegenseitig laufend über Geschehnisse bei den PatientInnen und besprechen gemeinsam das weitere Vorgehen.

### **2.3.2. Theoretische Begründung und Ziele**

Gemäss des Bundesstrategieberichts *Migration und Gesundheit* des Bundesamts für Gesundheit (2008) sind MigrantInnen in der Schweiz überdurchschnittlich häufig von Armut betroffen. Das Bundesamt für Gesundheit nennt Faktoren wie einen tiefen Bildungsstand,

---

<sup>25</sup> Als soziale Probleme gelten Schwierigkeiten in folgenden Bereichen: Soziales Umfeld und Beziehungen, Recht, Finanzen, Arbeit, Wohnen, Freizeit und Alltagsbewältigung.

ungünstige Arbeitsbedingungen und vor allem Arbeitslosigkeit, welche das Armutsrisiko der Migrationsbevölkerung in der Schweiz erhöhen. Bei Asylsuchenden kommt als zusätzliche Belastung der unsichere Aufenthaltsstatus dazu, der sie in ständiger Unsicherheit über ihre Zukunft lässt und es ihnen nahezu unmöglich macht, sich im Hinblick auf ihre Zukunft in die Gesellschaft einzugliedern. Aufgrund der genannten Fakten besteht bei den PatientInnen Bedarf nach einer spezifischen, fachkundigen Sozialberatung.

Die bei MigrantInnen häufig auftretenden (psycho)sozialen Probleme im Aufnahmeland stellen zusätzliche psychische Belastungen dar und erschweren den positiven Verlauf der Psychotherapie (persönliche Mitteilung A. Jossen, Mai 2010). Daher ist es sinnvoll, die beiden Problembereiche – soweit möglich – durch die separaten Module der Sozialberatung und Psychotherapie mit der jeweiligen Fachperson zu bearbeiten. Begher (2009, S. 116) beschreibt im Artikel *Soziale Arbeit mit Migranten im Kontext der Psychotherapie*, Soziale Arbeit sei „in der psychosomatischen Behandlung ein unverzichtbares Element und ergänzt komplementär das psychotherapeutische Heilverfahren um eine überaus wichtige und unerlässliche Dimension“.

Auch aus der subjektiven Sicht der PatientInnen scheint die Sozialberatung essentiell zu sein. In diesem Zusammenhang befragte Ollech (2002) PatientInnen des Behandlungszentrums für Folteropfer in Berlin nach notwendigen Hilfsangeboten. Dabei wurden sehr häufig *Sozialberatung* und *Hilfe im Umgang mit Behörden* als notwendige unterstützende Angebote genannt. Nach Ollech (2002) sind gemäss den subjektiven Einschätzungen der PatientInnen ein sicherer Aufenthaltsstatus und verbesserte psychosoziale Lebensbedingungen wichtige Voraussetzungen, um sich dauerhaft psychisch stabilisieren zu können. MigrantInnen nennen oft psychosoziale Belastungen als Hauptursachen für die Entstehung ihrer psychischen Erkrankungen (Collatz 2001; Ollech, 2002), so beispielsweise den unsicheren Aufenthaltsstatus, das Arbeitsverbot, die engen Wohnverhältnisse, Einsamkeit, die unfreiwillige Passivität und Erfahrungen von Diskriminierung im Aufnahmeland. Roth (2007) zeigte in ihrer explorativen Untersuchung, dass die Sozialberatung bei den PatientInnen selbst ein breit akzeptiertes Angebot ist und von ihnen als wichtig wahrgenommen und geschätzt wird. Aufgrund der eigenen Einschätzungen der MigrantInnen sowie deren Behandlungserwartungen ist das Angebot der Sozialberatung für MigrantInnen und insbesondere für Asylsuchende essentiell. Sie kann Kontakte vermitteln, Beschäftigungsmöglichkeiten zur Tagesstruktur sowie Beratung und Unterstützung bei behördlichen Aufgaben anbieten. Es gilt jedoch zu erwähnen, dass auch die Sozialberatung in der Arbeit mit Asylsuchenden an ihre Grenzen stösst. In Bezug auf den Aufenthaltsstatus und auch andere Bereiche sind die rechtlichen und strukturellen Möglichkeiten begrenzt. In diesen Fällen bleibt es von Seiten der SozialarbeiterInnen bei Erklärungen, Wissensvermittlung und Begleitung.

Das langfristige Ziel der Sozialberatung ist die Förderung der Autonomie, welche vielfach auf der sozialen und wirtschaftlichen Integration der PatientInnen gründet. Dabei sind die psychische Erkrankung der PatientInnen und die strukturellen Bedingungen der Asylsuchenden besondere Herausforderungen und können den Prozess erschweren. Daher bedarf es einem schrittweisen Vorgehen, was in der Sprechstunde für MigrantInnen mit dem Ansatz der *aufgabenzentrierten Beratung in der Sozialarbeit* umgesetzt wird. Für genauere Informationen zum erwähnten Ansatz wird auf die entsprechende Literatur von Epstein und Brown (2002)

verwiesen. Neben der *Aufgabenzentriertheit* sind das lösungsorientierte und das ressourcenorientierte Arbeiten mit den PatientInnen wichtige Begriffe der Sozialberatung. *Lösungsorientierung* bedeutet, dass man sich auf Ziele und auf Ausnahmen vom Problem konzentriert anstatt auf das Problem und dessen Entstehung (de Shazer, 2003). *Ressourcenorientierung* meint, wie bereits erwähnt, dass die Sozialarbeiterin mit den PatientInnen nicht nur deren Probleme, sondern ebenso auch deren Ressourcen exploriert. Sie versucht somit zur Lösungssuche bei den vorhandenen Ressourcen anzuknüpfen, soweit die Situation dies zulässt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in Literatur und Praxis einstimmig die Ansicht besteht, dass Sozialberatung bei MigrantInnen trotz rechtlicher und struktureller Grenzen überaus wichtig und unerlässlich ist (Begher, 2009).

### **2.3.3. Umsetzung**

Bereits bei der Anmeldung der PatientInnen zur Sozialberatung werden in einem Formular die dringlichsten Problem- bzw. Themenbereiche des Patienten aufgenommen, kurz beschrieben und mögliche Zielsetzungen vermerkt. Dieses von den zuweisenden PsychotherapeutInnen ausgefüllte Formular dient der Sozialarbeiterin als Ausgangslage für die Arbeit mit den PatientInnen. Davon ausgehend wird im Erstgespräch der Sozialarbeiterin mit den PatientInnen eruiert, welche konkreten sozialen Probleme am dringendsten sind. Ferner wird abgeklärt, welche Ressourcen bei der PatientIn und im Umfeld existieren. So leidet beispielsweise ein Patient oder eine Patientin unter Wohnungsnot, verfügt aber gleichzeitig über ein gutes soziales Netzwerk, woraus sich durch gemeinsame Ideen von PatientIn und SozialarbeiterIn mögliche Lösungen entwickeln können.

Die Sozialberatung befasst sich vor allem mit den folgenden Problem- oder Themenbereichen, welche auch im erwähnten Anmeldeformular aufgeführt sind (Iten, 2010): *Tagesstruktur und Arbeit* ist der am häufigsten genannte Problembereich der PatientInnen. Wegen fehlender Arbeitsbewilligung bzw. der Schwierigkeit, mit unsicherem Aufenthaltsstatus eine Arbeitsstelle zu finden, sind Asylsuchende bzw. die PatientInnen der Sprechstunde für MigrantInnen überdurchschnittlich oft von Arbeitslosigkeit betroffen und leiden häufig unter dem Fehlen einer Tagesstruktur. Betreffend ihrer *Wohnsituation* bringt einerseits das Wohnen im Durchgangszentrum oft Probleme für die PatientInnen – beispielsweise durch die engen Wohnverhältnisse – andererseits kann sich die anschließende Wohnungssuche aus finanziellen und anderen Gründen schwierig gestalten. Mangelnde *soziale Kontakte* bis zu sozialer Isolation bei Einzelpersonen sowie *familiäre Probleme* wie häusliche Gewalt, Schwierigkeiten bei der Kinderbetreuung und bei der adäquaten Unterstützung schulpflichtiger Kinder im fremden Umfeld sind bei PatientInnen mit psychischen Problemen häufig. Für die meisten Asylsuchenden stellen der Kontakt mit den *Behörden* und vor allem die Befragungen und Anhörungen betreffend das Asylverfahren durch das Bundesamt für Migration eine starke psychische Belastung dar, zumal die Betroffenen im Heimatland oft schlechte Erfahrungen mit den Behörden gemacht haben und diesen misstrauen. Ein weiteres Problem stellen allfällige *Diskriminierungen* von Seiten der Behörden oder auch von Privatpersonen dar. Wenn die PatientInnen von *vormundschaftlichen Massnahmen* wie Beistand, Vormund oder Fürsorgerischem Freiheitsentzug (FFE) betroffen sind,

benötigen sie Aufklärung über ihre Rechte sowie Hilfe bei Sprach- und/oder Verständnisproblemen. Beratung und gemeinsame Lösungsfindungen bei *finanziellen Problemen* gehören ebenfalls zu den Themenbereichen der Sozialberatung. Ferner können *Ressourcen der PatientInnen*, wie ein funktionierendes soziales Netzwerk, Verfügbarkeit von adaptiven Copingstrategien, hoffnungsvermittelnder Glaube und andere Aspekte für die Lösungsfindung genutzt werden.

Die Sozialarbeiterin arbeitet mit der Hilfe von geschulten ÜbersetzerInnen im Kontakt mit den PatientInnen. Anhand der in der Folge erläuterten Vorgehensweisen geht die Sozialarbeiterin in der Sprechstunde für MigrantInnen die genannten Problembereiche an (Jossen, 2008).

*Beratung:* Im direkten Kontakt mit den PatientInnen exploriert die Sozialarbeiterin die dringlichsten Problembereiche sowie die Ressourcen der PatientInnen. Gemeinsam werden Strategien und Lösungsmöglichkeiten überlegt und diskutiert. Oft geht es dabei auch darum, den PatientInnen Wissen zu vermitteln, sie aufzuklären und gemeinsam auszuhalten, was nicht geändert oder beeinflusst werden kann. Dem Beziehungs- und Vertrauensaufbau als Voraussetzung für weitere Schritte kommt dabei eine wichtige Rolle zu (persönliche Mitteilung K. Iten, Oktober 2010).

*Vermittlung von regionalen Angeboten zur Tagesstruktur und soziale Kontakte:* Die Sozialarbeiterin kennt das aktuell bestehende Angebot zahlreicher Organisationen, die vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten für MigrantInnen bieten. Dadurch kann sie die PatientInnen angemessen beraten und für jeden und jede das Passende suchen. Es gibt interkulturelle Frauentreffs und diverse Kinderhütendienste. Das Haus der Religionen organisiert gemeinsames Kochen und andere Aktivitäten. Weitere Organisationen bieten Hilfe bei der Alltagsbewältigung, Plattformen um über Kindererziehungsthemen zu sprechen, Beschäftigungen und kleinere Arbeiten, und fördern Kontakte zwischen Einheimischen und Asylsuchenden, wodurch sich auch deren Deutschkenntnisse verbessern. Benevol Bern organisiert Freiwillige, die mit den MigrantInnen Kontakt pflegen und ihnen helfen, den Alltag zu bewältigen. Einige Kirchgemeinden bieten Mittagstische für Asylsuchende an. Die Projekte dienen der Ressourcenaktivierung sowie der Förderung einer Tagesstruktur und dem Pflegen von sozialen Kontakten.

*Vernetzung mit den Behörden:* Die Sozialarbeiterin ist vernetzt mit Institutionen im Bereich Asyl. Diese sind der Migrationsdienst (MIDI), die Gemeinden, die Durchgangszentren (DZ), die Professionelle Asylkoordinationsstelle (PAG) sowie die Erstversorgerzentren. Die Sozialarbeiterin verfügt über Kenntnisse in den Bereichen Asylrecht, Ausländerrecht, Sozialversicherungsrecht, Sozialhilferecht und Vormundschaftsrecht. Sie wendet dieses Wissen an, um die PatientInnen angemessen aufzuklären, zu informieren, und wenn nötig auch um intervenieren zu können. Letzteres kann beispielsweise beim Familiennachzug oder der Arbeitssuche nötig sein. Ferner steht die Sozialarbeiterin in Kontakt und Austausch mit der Rechtsberatungsstelle.

*Vernetzung mit internen und externen Psychiatriestellen:* Die Sozialarbeiterin arbeitet bei Bedarf auch mit anderen Psychiatriestellen zusammen, so beispielsweise mit dem Psychiatriezentrum Münsingen (PZM), den betreuten Werkstätten Bern (BeWeBe), der Tagesstätte der UPD sowie dem Psychiatrie-Stützpunkt Thun.

Unschwer zu erkennen ist, dass eine gute Vernetzung dabei eine der wichtigsten Methoden der Sozialarbeit darstellt. Dies bedeutet, dass die Sozialarbeiterin breitflächig Kontakte



mit Institutionen, Vereinen und Fachpersonen knüpft und aufrechterhält. Die Vernetzung dient dem fachlichen Austausch sowie der Erschliessung von externen Ressourcen (Staub-Bernasconi & Hollstein-Brinkmann, 2005), welche die Sozialarbeiterin bei Bedarf anfragen und mobilisieren kann, und der Vermeidung von Doppelspurigkeit. Insgesamt dient die Vernetzung somit der effizienteren Arbeit. Zur Illustration ein Beispiel: Das Thema Tagesstruktur ist mit 48% der am häufigsten genannte Problembereich der PatientInnen der Sprechstunde für MigrantInnen (Jossen, 2008). Aufgrund der rechtlichen Grundlagen und strukturellen Gegebenheiten ist es den Betroffenen meist verwehrt, einem Beruf nachzugehen. Die fehlende Tagesstruktur verstärkt oft die Symptome der Depression. Die Sozialarbeiterin versucht nun, durch breite Vernetzung gemeinsam mit der Patientin ein passendes Angebot zu finden. Sie fragt je nach Bedürfnissen und Fähigkeiten der Patientin jene Institutionen an, die der Patientin bspw. Gartenarbeit,<sup>26</sup> eine Tätigkeit in einem sozialen Zentrum, Mitarbeit bei einem Mittagstisch oder andere Beschäftigungen zur Tagesstruktur ermöglichen.

## **2.4.Modul: Körperorientierte Module: Bewegungsgruppen**

### **2.4.1. Das Modul**

Die körperorientierten Module bilden eine Ergänzung zum psychotherapeutischen Modul und tragen durch den Schwerpunkt Körper und Bewegung zur Multimodalität der Gesamtbehandlung bei (Jossen, Roth & Sauser, 2009). Die körper- und bewegungsbezogenen Module finden aus kulturellen Gründen geschlechtergetrennt statt. Das Angebot der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern umfasst zwei *Bewegungsgruppen für Frauen*<sup>27</sup> sowie eine *Bewegungsgruppe für Männer*.

Die körperorientierten Module richten sich an PatientInnen mit beträchtlichen psychischen Problemen, insbesondere an schwer traumatisierte MigrantInnen. Die PatientInnen werden von den zuständigen PsychotherapeutInnen zugewiesen, sofern die Teilnahme an einer körperorientierten Bewegungsgruppe indiziert ist. Dies ist beispielsweise der Fall bei PatientInnen mit Somatisierungstendenz, psychosomatischen Beschwerden, Depression und/oder PTSD.

Die beiden Module sind insofern eingebettet in das gesamte Behandlungskonzept, als die PsychotherapeutInnen im Kontakt mit den LeiterInnen der Gruppen stehen und sich gegenseitig über Fortschritte und allfällige Probleme austauschen. Die PsychotherapeutInnen haben die Aufgabe, die PatientInnen für die regelmässige Teilnahme zu motivieren (Jossen, Roth & Sauser, 2009).

### **2.4.2. Theoretische Begründung und Ziele**

Bei einem ganzheitlichen, integrativen Behandlungsansatz ist der Einbezug des Körpers in die sonst verbal orientierten therapeutischen Behandlungsansätze essentiell. Maurer (1993)

---

<sup>26</sup> Siehe Kapitel 2.8 *Interkulturelle Gärten*

<sup>27</sup> Aufgrund der grossen Nachfrage konnte vor kurzem eine zweite, parallele Gruppe realisiert werden.

betont, dass die körperliche Dimension zu jeder psychotherapeutischen Begegnung und Beziehung gehört. Damit wird von einem ressourcenorientierten und salutogenetischen Therapiemodell ausgegangen, das sich an den gesunden Anteilen des Menschen orientiert. Beispielsweise treten in der Bewegungsgruppe für Männer die sportlichen, fussballerischen und auch sozialen Fähigkeiten und Ressourcen der Teilnehmer in den Vordergrund, nicht ihre Probleme und Schwierigkeiten (Kissling, 2007).

Die oft mangelnden Deutschkenntnisse stellen für MigrantInnen ein bedeutendes Hindernis in der verbalen Psychotherapie dar. Qualifizierte ÜbersetzerInnen sind dann sehr hilfreich. Der zusätzliche Zugang zu Problemen und Lösungsansätzen über einen nonverbalen Weg kann für die PatientInnen Erleichterung schaffen. Schaeffer (2004) belegt, dass körperorientierte Methoden aufgrund der somatosensorischen Speicherung traumatischer Gedächtnisinhalte gut zur Ergänzung der verbalen Psychotherapie geeignet sind. In den Bewegungsgruppen für MigrantInnen der UPD Bern sind beim Einstieg in die Gruppe bei Bedarf einmalig ÜbersetzerInnen anwesend, um nötige Informationen über Inhalt, Ziele und Ablauf an die Teilnehmerinnen weiterzuleiten. Im weiteren Verlauf der Bewegungsgruppentherapie geht es dann aber darum, dass die PatientInnen gerade durch die nonverbale Komponente ein neues Gefühl des nicht-sprachlichen Miteinanders entwickeln und aus ihrer emotionalen Erstarrung herausfinden können (Karcher & Tschiesche-Zimmermann, 2002).

Ein weiteres wichtiges Ziel der körperorientierten Module ist der soziale Aspekt. Die PatientInnen sind aus den sozialen Strukturen in ihrem Heimatland herausgerissen worden, sind in der Schweiz oft noch wenig integriert und viele leiden unter der sozialen Isolation. Durch die wöchentliche Teilnahme haben die PatientInnen die Möglichkeit, sich untereinander kennen zu lernen und soziale Kontakte aufzubauen. Somit können sie auch die Erfahrung machen, dass sie nicht alleine mit ihrem Leiden sind (Jossen, Roth & Sauser, 2009). Besonders in der Bewegungsgruppe für Männer wird durch die Struktur des Mannschaftssports das Gruppengefühl gefördert.

MigrantInnen, insbesondere Asylsuchende und Flüchtlinge, leiden überdurchschnittlich häufig an psychosomatischen bzw. Somatisierungsbeschwerden (Roth, 2007). Kirmayer (1996) führt dies auf die unterschiedlichen kulturellen Ausdrucksformen zurück. In anderen Kulturen werden Körper und Psyche als weniger voneinander getrennt angesehen. Psyche und Soma werden als Einheit betrachtet. Somit können körperliche Beschwerden selbstverständlich als Ausdruck psychischer Probleme gedeutet werden. Hüther (2006) betont, dass der Körper durch seine ursprüngliche, enge Verknüpfung mit den Gehirnstrukturen einen erleichterten Zugang zu allen Ebenen des Individuums ermöglicht. Daher erfahren viele Menschen durch das bewusste Wiederentdecken ihres Körpers erneut Zugang zu sich selbst.

Ferner beschreibt Collatz (2001), dass MigrantInnen oft weniger Verständnis für den sprachlichen psychotherapeutischen Ansatz zeigen und ihnen der sprachliche Zugang schwerer fällt. Gerade in diesem Fall kann der Weg über Körper und Bewegung leichter akzeptiert werden und somit hilfreicher für die PatientInnen sein.

Clauer und Heinrich (1999) verweisen in ihren Artikeln auf die Bedeutsamkeit der Bewegungstherapie in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten MigrantInnen. Traumatisierte Menschen leiden überdurchschnittlich häufig unter körperlicher und seelischer

Anspannung. Dies kann von den erlebten physischen Verletzungen und Schmerzen während des Traumas – oft aufgrund von Krieg, Gewalt oder Folter – herrühren. Durch die andauernden Schmerzen verspannt sich der Betroffene immer mehr, was wiederum Spannungsschmerzen – beispielsweise Kopf- oder Rückenschmerzen – zur Folge haben kann.

Die anhaltende Anspannung kann aber auch eine Folge der Erstarrungsreaktion während des traumatischen Erlebens sein. Nach Levine (1998) soll diese verbliebene Erstarrung therapeutisch über körperorientierte Verfahren angegangen werden, um positive Veränderungsprozesse anregen zu können. Hier kann die Bewegungsgruppe ansetzen, indem einerseits Entspannung, andererseits aber auch Aktivierung, Körperwahrnehmung und Körperbewusstsein geübt werden (Karcher & Tschiesche-Zimmermann, 2002).

Übungen zum Aufbau und Erhalt des Muskeltonus sind ebenfalls geeignet, so beispielsweise Yogaübungen, Atemübungen und Selbstmassagen. Menschen mit höherem Muskeltonus ertragen Hyperarousal tendenziell besser als Menschen mit geringerem Muskeltonus (Rothschild, 2002). In der Bewegungsgruppe für Männer können die körperliche Bewegung und das stetige Training zur Lockerung der körperlichen Spannungen und zum Aufbau eines stärkeren Muskeltonus verhelfen. Die Stärkung von Kraft und Selbstvertrauen wird in diesem Zusammenhang Empowerment<sup>28</sup> genannt (Jossen, Roth & Sauser, 2009). Konkret können damit die für PTSD typischen Symptome des Hyperarousals in der Bewegungsgruppe gemindert werden.

Clauer und Heinrich (1999) argumentieren weiter, dass ein Trauma zur Dissoziation der psychischen Funktionen vom Körpererleben führen kann. In der Einzelpsychotherapie können Traumata verbal aufgearbeitet werden. Traumatische Erfahrungen sind aber auch im somatischen Gedächtnis verankert. Aus diesem Grunde ist die körperpsychotherapeutisch integrierte Methode essenziell, um die innere Spaltung heilsam behandeln zu können, so dass Körper und Psyche wieder als zusammengehörend wahrgenommen werden. In der Bewegungsgruppe lernen die Frauen beispielsweise, ihren Körper wieder mehr zu spüren, auf ihn zu hören und ihn somit wieder stärker in Verbindung mit ihrem Denken und Handeln zu bringen.

Traumatisierte MigrantInnen leiden oft komorbid zur PTSD an depressiven Verstimmungen (Jossen, Roth & Sauser, 2009). Der erlebte Verlust der Heimat, der sozialen Kontakte sowie der vertrauten Umgebung kann eine Trauerreaktion auslösen, was bei ungünstigem Verlauf in eine Depression münden kann (Brucks, 2004). Bei depressiven Verstimmungen können die Bewegungsangebote den PatientInnen helfen, Gefühle von Schwere, innerer Leere und Hilflosigkeit auf nichtsprachlichem Weg leichter zu überwinden.

Petzold (1999) argumentiert, dass durch *emotionales Umstimmen* gerade traumatisierte Flüchtlinge – zumindest während einer bestimmten Zeit – aus ihren vielfach erlebten negativen Stimmungen und der Schwere herausgeholt werden können. In der Bewegungsgruppe für Frauen besteht somit die Aufgabe der leitenden Psychotherapeutin nicht nur darin, die

---

<sup>28</sup> Unter Empowerment wird die Anwendung von Strategien verstanden, die fördernd für Autonomie und Selbstbestimmung von Individuen sein können und sie dabei unterstützen, ihre Ressourcen zu nutzen (Stark, 1996).

Bewegungsübungen anzuleiten und die Patientinnen zu motivieren, sondern in erster Linie eine Atmosphäre von Leichtigkeit und Verspieltheit zu schaffen, in der sich die Frauen geborgen und sicher fühlen können. Als Pendant geht es in der Bewegungsgruppe für Männer darum, Freude am spielerischen Fussball und anderen körperlichen Aktivitäten zu erleben. Maurer (1993) zitiert weltweite wissenschaftliche Untersuchungen, die belegen, dass mittelschwere Depressionen durch mittleres sportliches Training gebessert werden können. Bewegung und Sport hellen die Stimmung auf und können somit antidepressiv wirken.

Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit der Lebenssituation im neuen Land sind bei Asylsuchenden häufig. Diese Gefühle werden durch den unsicheren Aufenthaltsstatus während des sich über lange Zeit hinziehenden Asylverfahrens und die ständig drohende Abschiebung verstärkt und wirken der Stabilisierung des psychischen Zustandes der Asylsuchenden entgegen (Weiss, 2003; Roth, 2007). Ebenfalls tragen die oft fehlenden Möglichkeiten für Arbeits- und Beschäftigungsangebote zur Einschränkung der aktiven Handlungsmöglichkeiten bei. Die Bewegungsgruppen können den Betroffenen dabei helfen, zumindest in einem Bereich wieder aktiver zu werden, indem sie lernen, mit ihrem Körper eine aktive Rolle einzunehmen. Dies kann sich mit der Zeit auch auf andere Bereiche ausdehnen und den PatientInnen ermöglichen, ihre Opferrolle zu verlassen und ihr Leben wieder aktiver in die Hand zu nehmen (Jossen, Roth & Sauser, 2009). Der Perspektivenwechsel an sich, der in den Bewegungsgruppen zuerst bezogen auf den eigenen Körper und die Bewegungsmöglichkeiten erfahren wird, kann also als ein erster Schritt zur aktiveren Beteiligung in verschiedenen Lebensbereichen gelten. Die PatientInnen der Bewegungsgruppe erfahren durch die Aktivierung ihrer körperlichen Ressourcen Erfolgserlebnisse und Gefühle von Selbstständigkeit. Durch den Trainingseffekt und die Leistungssteigerung gewinnen sie an Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeitsgefühlen und sozialem Ansehen, woran es unter anderem wegen der fehlenden Tagesstruktur oft mangelt.

#### **2.4.3. Umsetzung der Bewegungsgruppe für Frauen**

Als Grundlage für die therapeutische *Bewegungsgruppe für Frauen* dient das von Jossen, Roth und Sauser (2009) in der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern verfasste und veröffentlichte Manual *Bewegungsgruppentherapie für psychisch kranke Migrantinnen – Konzeptuelle Überlegungen, theoretische Grundlagen, Evaluation und konkrete Umsetzungshilfen*. Das Buch ist als Leitfaden für den Aufbau einer solchen Bewegungsgruppe sehr zu empfehlen.

Die Bewegungsgruppe findet einmal wöchentlich statt und dauert eine Stunde. Die Gruppe besteht aus vier bis zehn Teilnehmerinnen und wird von einer Psychotherapeutin geleitet. Der Gesamt Ablauf ist bei jedem Treffen ungefähr gleich, um den Patientinnen durch die wiederkehrende Struktur Sicherheit, Stabilität und Halt zu vermitteln. Zur Vertiefung und um den Transfer der Übungen in den Alltag zu unterstützen, werden die Teilnehmerinnen motiviert, die Übungen auch zu Hause regelmässig durchzuführen. Ausreichende Wiederholungen sind wichtig, um die Bildung neuer neuronaler Bahnungen zu ermöglichen (Hüther, 2006).

Verschiedene Übungen sind Bestandteile der Bewegungsgruppe, so beispielsweise Aufwärm- und Dehnübungen zu Beginn der Sitzung, Selbstmassagen mit einem Massageball zur Verbesserung der Körperwahrnehmung, der Erfahrung der Körpergrenzen sowie Entspannung und

Förderung der Körperfürsorge, Atemübungen, Beweglichkeits- und Gleichgewichtsübungen, sowie verschiedene Ballspiele, alleine, zu zweit oder in der Gruppe. Zur Illustration soll hier eine Übung genauer beschrieben werden.

Die *Fallübung* kann alleine oder in der Gruppe durchgeführt werden. Jede Patientin stellt sich alleine an ein freies Stück Wand und lässt sich mit ausgestreckten Armen und gespanntem Körper gegen die Wand fallen, lässt sich mit den Armen abfedern und stösst sich wieder ab. Wird die Übung in der Gruppe durchgeführt, stehen die Patientinnen Schulter an Schulter in einem kleinen Kreis zusammen, so dass seitlich keine Lücken bestehen. Eine Patientin stellt sich in die Mitte, spannt ihren Körper (tonisieren) und lässt sich auf eine Seite fallen. Sie wird von den anderen abgefedert und sanft wieder in die Mitte geschubst, so dass sie sich in eine andere Richtung fallen lassen kann und dann wiederum aufgefangen wird. Die Fallübung dient zur Tonusregulation sowie bei der Durchführung alleine zur Kräftigung der Armmuskulatur. Ebenfalls fördert die Übung den Mut und das Vertrauen in sich selbst und in andere Personen.

Niemand muss bei den Übungen mitmachen. Wer sich nicht wohlfühlt, kann eine Pause machen, sich hinlegen und später wieder einsteigen. Leistungsdruck wird vermieden, sondern es sollen Erfolgserlebnisse ermöglicht werden. Die Psychotherapeutin schafft eine Atmosphäre von Akzeptanz und Wertschätzung gegenüber den Patientinnen, sowie heitere Momente mit gemeinsamem Lachen und Lächeln sowie spielerischen Elementen, wie beispielsweise Ballspielen.

Im erwähnten Handbuch von Jossen, Roth und Sauser (2009) wurde auch eine explorative Evaluation dieses Moduls vorgenommen. Dabei ergaben sich bei je einer Messung vor und nach dem dreimonatigen Zyklus der Bewegungsgruppentherapie ein mittlerer Effekt in Bezug auf die Verringerung der Erschöpfungssymptome sowie ein kleiner Effekt bei der Verringerung weiterer Symptombelastungen. Aufgrund der kleinen Stichprobe konnte jedoch keine sichere Schlussfolgerung auf die Gesamtpopulation der MigrantInnen gezogen werden.

#### **2.4.4. Umsetzung der Bewegungsgruppe für Männer**

Die *Bewegungsgruppe für Männer* findet einmal wöchentlich statt und dauert 90 Minuten. Die behandelnden PsychotherapeutInnen melden ihre Patienten für die Bewegungsgruppe an, wenn eine Teilnahme daran therapeutisch indiziert ist. Die Bewegungsgruppe besteht maximal aus 12 Personen und wird von einem Psychiater sowie einem Fussballtrainer geleitet.

Beim ersten Training wird ein Ehrenkodex mit Spielregeln und Umgangsformen besprochen und von allen Teilnehmern unterschrieben. Bei Bedarf sind im ersten Training Übersetzer anwesend, um die wichtigsten Abmachungen zu klären. Im Weiteren geht es aber um die Möglichkeit für die Patienten, sich durch nonverbale Kommunikation in der Gruppe ausdrücken und einbringen zu können. In der Bewegungsgruppe für Männer geht es vor allem um die Stärkung der körperlichen Ressourcen und des Selbstvertrauens sowie um die Stärkung sozialer Kompetenzen durch das gemeinsame Bewegen und Sport treiben. Konditionelle Fähigkeiten werden automatisch durch das Training aufgebaut. Das Angebot der Bewegungsgruppen für Migranten wird von Studien zum Einfluss von Bewegung auf Depressionen gestützt. Die Möglichkeit, regelmässig und in einem angemessenen Rahmen Sport zu treiben, bietet depressiven Migranten die Chance, Gefühle von Schwere, innerer Leere und

Isolation auf nonverbalem Weg und damit oft verhältnismässig leichter zu überwinden (Kissling, 2007).

Die Treffen der Bewegungsgruppe folgen einem einheitlichen Ablauf. Zuerst findet eine Phase der Einstimmung statt, in der sich die Teilnehmenden aufwärmen und Dehnübungen machen. Dann folgen Koordinationsübungen und Fussballspiel. Nach einer kurzen Pause stehen Ballübungen auf dem Programm, um spezifische Fertigkeiten zu trainieren. Zum Schluss folgt nochmal eine längere Phase Fussball. Das Training wird den Beteiligten angepasst.

In der Bewegungsgruppe für Migranten wird vom leitenden Psychiater darauf geachtet, dass die Teilnehmer vor Überforderung geschützt werden und ein respektvoller Umgang untereinander herrscht. Das Ziel besteht nicht primär in der sportlichen Leistung, sondern darin, dass die Migranten dem eigenen Körper wieder etwas zutrauen und kleine Erfolgserlebnisse erfahren können.

## **2.5.Modul: Psychoedukative Gruppe für traumatisierte Migrantinnen**

### **2.5.1. Das Modul**

Die psychoedukative Gruppe für traumatisierte Migrantinnen ergänzt das psychotherapeutische Modul, indem sie den PatientInnen grundlegendes Wissen über ihre Erkrankung, deren Ursachen sowie Behandlungsmöglichkeiten vermittelt. In der Sprechstunde für MigrantInnen besteht bislang eine psychoedukative Gruppe für traumatisierte Frauen. Eine ebensolche Gruppe für traumatisierte Männer befindet sich im Aufbau. Aufgrund von Erfahrungswerten findet das Modul geschlechtergetrennt statt, da es den PatientInnen in geschlechterhomogenen Gruppen leichter fällt, ihre Probleme zu thematisieren (Knaevelsrud & Liedl, 2007).

Die Zielgruppe des Moduls der psychoedukativen Gruppe sind psychisch kranke MigrantInnen, die unter psychischen Traumafolgen leiden und über ausreichend Ressourcen verfügen, um kognitive Informationen über ihre Erkrankung aufzunehmen und konstruktiv in ihr Handeln zu integrieren. Die PatientInnen werden von den zuständigen EinzelpsychotherapeutInnen zugewiesen. Sie müssen zudem die Bereitschaft mitbringen, sich auf ein Gruppenangebot einzulassen.

Das Modul der psychoedukativen Gruppe ist insofern eingebettet ins Gesamtkonzept der Sprechstunde für MigrantInnen, als die LeiterInnen der Gruppe mit den behandelnden PsychotherapeutInnen im Austausch stehen. In der Einzelpsychotherapie kann auf dem vertieften Wissen der PatientInnen um ihre Erkrankung aufgebaut werden, und von der dadurch meist aktiveren Haltung bezüglich der eigenen Problembewältigung profitiert werden.

### **2.5.2. Theoretische Begründung und Ziele**

Um eine psychische Störung zu behandeln, bedarf es neben kompetenten TherapeutInnen auch der aktiven Mitarbeit der PatientInnen (Liedl, Schäfer & Knaevelsrud, 2010). Dies ist nur dann möglich, wenn PatientInnen informiert werden und angemessen über ihre Erkrankung und deren Bewältigungsmöglichkeiten Bescheid wissen. *Psychoedukation* beinhaltet einerseits die Wissensvermittlung über Ursachen und Symptome der Erkrankung sowie andererseits das

Aufzeigen von Möglichkeiten der Behandlung und insbesondere der individuellen Bewältigung.

Bei der *Wissensvermittlung* geht es darum, bei den Betroffenen Ängste abzubauen. Wenn sie nicht wissen, wo ihre Symptome und Beschwerden herrühren, und nicht verstehen, was mit ihnen passiert, wenn sie beispielsweise von Flashbacks überflutet werden – was bei PTSD-PatientInnen häufig der Fall ist – erzeugt dies bei den Betroffenen Gefühle von Hilflosigkeit, Angst, Ausgeliefertsein und Unsicherheit. Verfügen sie hingegen über Wissen zu ihrer Erkrankung und über Erklärungen für die auftretenden Symptome, ermöglicht ihnen dies ein gewisses Gefühl von Kontrolle. So eröffnen sich ihnen auch Handlungsmöglichkeiten (Knaevelsrud & Liedl, 2007). Um Ängste abzubauen, kann auch der Austausch mit gleichermassen Betroffenen hilfreich sein. Die PatientInnen erkennen, dass sie weder „verrückt“ oder „abnormal“ noch mit ihren Problemen alleine sind.

Beim *Aufzeigen von Behandlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten* geht es auch darum, unrealistische Erwartungen der PatientInnen gegenüber ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und Institutionen abzubauen und durch realistische zu ersetzen. Wie im Kapitel *Transkulturalität* (2.1.3) erläutert wurde, bestehen bei den ausländischen PatientInnen und den Schweizer ÄrztInnen oft unterschiedliche Vorstellungen betreffend Behandlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten. Aus diesem Grund ist die Transkulturelle Kompetenz der PsychotherapeutInnen enorm wichtig, um in der Psychoedukativen Gruppe die Behandlungsmöglichkeiten auf adäquate Art und Weise aufzuzeigen. Parallel dazu soll auf die individuellen Möglichkeiten der aktiven Problembewältigung hingewiesen bzw. diese gemeinsam mit den PatientInnen erarbeitet werden.

Die Förderung der Selbsthilfe- und Bewältigungskompetenzen der PatientInnen im Umgang mit ihrer Erkrankung sowie die Stärkung ihrer Autonomie sind essentielle Aspekte der Psychoedukation (Wienberg & Sibum, 1997, zitiert nach Knaevelsrud & Liedl, 2007). Ein damit einhergehendes *Ziel der Psychoedukation* ist es, dass die PatientInnen aktiv an ihrem Veränderungsprozess arbeiten. Mit Unterstützung der PsychotherapeutInnen lernen die Betroffenen, wieder mehr (Selbst-)Verantwortung zu übernehmen und erarbeiten aktiv Strategien zur Bewältigung ihrer Probleme und Beschwerden. Die Verfügbarkeit von Strategien zur Selbsthilfe verringert die Gefühle von Hilflosigkeit. Insbesondere bei Flüchtlingen und Asylsuchenden gilt es zu beachten, dass sie im Aufnahmeland oft zur Passivität gezwungen sind – durch fehlende Arbeitsbewilligung und unsicheren Aufenthaltsstatus – und sich den Institutionen teilweise „ausgeliefert“ fühlen (Roth, 2007). Daher ist die Förderung der Selbstverantwortung und eigener Handlungsmöglichkeiten umso wichtiger.

Bei der Psychoedukation im interkulturellen Setting – wie es bei der Gruppe in der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern der Fall ist – ist Folgendes zu beachten. Die interkulturelle Gruppenszusammensetzung ist für die leitenden TherapeutInnen eine zusätzliche Herausforderung. Der Hintergrund der TeilnehmerInnen in Bezug auf Kultur, Bildungsniveau, Krankheitskonzepte und Bewältigungsvorstellungen ist sehr unterschiedlich. Durch die Verschiedenheit von Herkunft und Muttersprache der TeilnehmerInnen sind jeweils auch mehrere ÜbersetzerInnen für verschiedene Sprachen Teil der Gruppe.

Bei der Psychoedukation im Gruppensetting ergibt sich ferner der Vorteil der Zeit- und Kosteneffektivität (persönliche Mitteilung A. Jossen, Mai 2010). In einer begrenzten Anzahl von

14 Sitzungen können mehrere PatientInnen gleichzeitig profitieren, einerseits vom Angebot und dem Wissen der leitenden TherapeutInnen und andererseits von den Kontakten und dem Austausch mit den anderen TeilnehmerInnen.

Die *Wirksamkeit* der Psychoedukation im Allgemeinen ist durch verschiedene Studien belegt. In einem Überblicksartikel von Mueser et al. (2002, zitiert nach Knaevelsrud & Liedl, 2007) wurden direkte Effekte der Psychoedukation wie Wissenszuwachs über die eigene psychische Erkrankung und bessere Compliance bei der Medikamenteneinnahme belegt, ebenso wie verbessertes soziales Funktionieren und Aspekte der Lebensqualität als indirekte Effekte. Im Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin (BZFO) besteht eine psychoedukative Gruppe, deren Manual in einer Pilotstudie bezüglich Akzeptanz und Praktikabilität evaluiert wurde (Knaevelsrud & Liedl, 2007). Die Pilotstudie ergab positive Resultate bezüglich der Akzeptanz des Angebots bei den PatientInnen, konnte aber im Gegensatz zu anderen Studien keine Wirksamkeit belegen. Aufgrund der kleinen Stichprobengrösse (N = 11 für Kontrollgruppe und Behandlungsgruppe zusammen) können daraus jedoch keine klaren Schlüsse gezogen werden.

### **2.5.3. Umsetzung**

Die Grundlage für die Durchführung der Psychoedukativen Gruppe in der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern bildet das Manual *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen*, welches am Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin entwickelt wurde (Liedl, Schäfer und Knaevelsrud, 2010).<sup>29</sup> Dies ist ein inhaltlich detailliertes Handbuch für die Psychoedukation von PatientInnen mit PTSD.

Die Psychoedukative Gruppe findet einmal wöchentlich statt, dauert jeweils 90 Minuten und erstreckt sich über 14 Sitzungen. Jede Sitzung ist nach einem ähnlichen Ablauf aufgebaut, um den PatientInnen Halt und Sicherheit zu geben. Zu Beginn der Sitzung kommt jede Teilnehmerin im Rahmen einer kurzen Befindlichkeitsrunde zu Wort. Anschliessend werden die vorhergehende Sitzung zusammengefasst und die Hausaufgaben besprochen, bevor mit dem Hauptteil der aktuellen Sitzung begonnen wird. Dieser besteht meist aus der gemeinsamen Erarbeitung eines inhaltlichen Themas wie beispielsweise Austausch, Information und Umgang mit verschiedenen Symptomen der PTSD. Der Fokus wird jeweils auf die möglichen Selbsthilfestrategien gelegt. Zum Schluss der Sitzung werden Informationsblätter verteilt, um den Erinnerungseffekt bei den PatientInnen zu erhöhen und ihnen die allfällige Umsetzung von besprochenen Bewältigungsstrategien zu erleichtern.

Die 14 Sitzungen sind thematisch gegliedert und finden daher in einer geschlossenen Gruppe statt. In der ersten Sitzung lernen sich die Gruppenmitglieder kennen und es erfolgt eine Einführung in Ziele und Sinn der Psychoedukation. Themen der zweiten und dritten Sitzung sind Interkulturalität sowie Verantwortung und Eigeninitiative. Erfahrungsgemäss ist es für die Bearbeitung der Symptome und deren Bewältigungsmöglichkeiten essentiell, im Vorfeld auf

---

<sup>29</sup> Dieses Manual wurde 2006 von Liedl und Schäfer entwickelt, 2007 von Knaevelsrud und Liedl evaluiert und 2010 von Liedl, Schäfer und Knaevelsrud veröffentlicht.



kulturelle Besonderheiten und Vorstellungen einzugehen, vor allem auch was die Verantwortung betrifft (Liedl, Schäfer & Knaevelsrud, 2010). In den Sitzungen vier bis elf werden Symptome und Beschwerden wie PTSD, Depression, Schlafstörungen, Ängste, Aggressionen, Vergessen, Schmerzen und dissoziative Aspekte thematisiert. Dazu werden Wege aufgezeigt und gemeinsam erarbeitet, wie die PatientInnen mit den Beschwerden umgehen, und wie sie aktiv ihre Probleme angehen können. In der zwölften Sitzung werden allgemeine Behandlungsmöglichkeiten und hilfreiche Beschäftigungen wie Bewegung, Musik und Aufenthalt in der Natur besprochen und die PatientInnen werden dazu angeregt, jene auszuprobieren, die ihnen zusagen. In der 13. Sitzung sollen den PatientInnen ihre Stärken bewusst gemacht werden. Sie werden darin unterstützt, ihre eigenen Ressourcen wiederzuentdecken. In der letzten Sitzung sollen die PatientInnen den Gruppenprozess rückblickend bewerten und es wird mit einer gemeinsamen Feier die erfolgreiche Teilnahme an der Gruppe gewürdigt.

Zur Illustration sollen hier die beiden Sitzungen zum Thema PTSD genauer beschrieben werden. Die TherapeutInnen informieren die TeilnehmerInnen in der ersten der beiden Sitzungen über den Begriff *Trauma* und über die typischen psychischen Traumafolgen. Dabei wird den TeilnehmerInnen vermittelt, dass es sich um normale Reaktionen auf ein abnormales Ereignis handelt, und dass ihre Beschwerden – wie beispielsweise Flashbacks – Symptome der PTSD sind. So können die PatientInnen ihre Beschwerden einordnen, was ihre Ängste und das Gefühl des Ausgeliefertseins vermindert (Knaevelsrud & Liedl, 2007). In der zweiten Sitzung zum Thema PTSD wird gemeinsam erarbeitet, was in Situationen, in denen sie von ihren Erinnerungen überwältigt werden, helfen kann. Dadurch werden ihre eigenen Bewältigungsmöglichkeiten und -kompetenzen gefördert und ihre Autonomie gestärkt.

## **2.6. Modul: Deutschkurs für MigrantInnen im Kontext der Psychiatrie**

### **2.6.1. Das Modul**

Das Modul der Deutschkurse ist ein internes Zusatzangebot der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern. Das Projekt *Deutsch für MigrantInnen im Kontext der Psychiatrie* richtet sich ausdrücklich an MigrantInnen, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme in den gewöhnlichen Deutschkursen überfordert sind. Das Modul ist für die PatientInnen der Sprechstunde für MigrantInnen offen und ein Einstieg ist jederzeit möglich. Die Anmeldung erfolgt durch die PsychotherapeutInnen oder die Sozialarbeiterin. Diese machen die PatientInnen zu Beginn der Therapie auf das Modul aufmerksam und motivieren sie zur Teilnahme.

Die Deutschkurse sind insofern in das gesamte Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen eingebettet, als die PatientInnen im Rahmen der Psychotherapie zur Teilnahme am Deutschkurs angemeldet und motiviert werden. Ferner steht die Sozialarbeiterin mit der Deutschlehrperson in Kontakt und erhält in regelmässigen Abständen die aktualisierte Teilnehmerliste, worüber sie an der Teamsitzung auch die PsychotherapeutInnen informiert.

### **2.6.2. Theoretische Begründung und Ziele**

Assion (2005) nennt unter anderem die Sprachkompetenz als möglichen Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit. Ohne einheimische Sprachkenntnisse ist für die MigrantInnen die

Kommunikation mit Einheimischen, sowohl im Privaten wie auch mit Behörden, erschwert bis unmöglich. Die MigrantInnen sind somit auf die Hilfe von ÜbersetzerInnen angewiesen und dadurch von anderen Leuten abhängig. Erwerben sie jedoch Kenntnisse der fremden Sprache, eröffnen sich ihnen Möglichkeiten zu sozialen Kontakten mit Einheimischen sowie MigrantInnen anderer Herkunft. Dadurch können sich grössere und stärkere soziale Netzwerke entwickeln, die eine wichtige Ressource für die PatientInnen darstellen können. Schenk (2007) betont die Bedeutung des Aufbaus neuer sozialer Netzwerke, besonders auch mit Einheimischen, als wichtige Ressource in der Bewältigung des Migrationsereignisses.

Zusätzlich zu den erweiterten Kontaktmöglichkeiten wird durch das Erlernen der fremden Sprache selbständigeres Handeln im Aufnahmeland möglich. Durch ihre verbesserten Deutschkenntnisse können die MigrantInnen auftretende soziale Schwierigkeiten im gesellschaftlichen Kontext des Aufnahmelandes oft besser bewältigen, was sich stabilisierend auf ihre psychische und psychosoziale Gesundheit auswirken kann. Andererseits haben oft gerade die PatientInnen mit vielen psychosozialen Problemen grössere Schwierigkeiten, die fremde Sprache zu lernen (persönliche Mitteilung K. Iten, Oktober 2010).

Besonders bei traumatisierten PatientInnen, welche mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus leben, wird der Stabilisierung eine wichtige Rolle zugeschrieben. Das Verstehen von Abläufen bei den Behörden, das Nachvollziehen der Behandlungen bei ÄrztInnen und PsychologInnen und im Alltag wird durch die Sprachkenntnisse erleichtert und reduziert Ängste und Unsicherheiten der MigrantInnen. Bermejo et al. (2009) haben hierzu herausgefunden, dass bei geringeren Deutschkenntnissen auch die Zufriedenheit mit der stationären Behandlung, den Therapieangeboten und den Ergebnissen geringer ausfiel als bei PatientInnen mit besseren Deutschkenntnissen. Hier muss allerdings auch auf die Gefahr der Überforderung hingewiesen werden. Beherrschen PatientInnen die deutsche Sprache ziemlich gut, können sie trotzdem noch Schwierigkeiten haben, das schweizerische Rechtssystem, die Abläufe bei den Behörden und anderes zu begreifen (persönliche Mitteilung K. Iten, Oktober 2010).

Sprachkurse können folglich einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Verbesserung der psychischen Befindlichkeit der MigrantInnen leisten. Daher ist es wichtig, auch belasteten MigrantInnen das Erlernen der einheimischen Sprache zu ermöglichen. Das Projekt *Deutsch für MigrantInnen im Kontext der Psychiatrie* bietet diesen Rahmen und hat zum Ziel, dass individuell auf die TeilnehmerInnen eingegangen werden kann und das Tempo des Kurses ihren Fähigkeiten angepasst ist. So haben beispielsweise traumatisierte Personen Schwierigkeiten, sich in den gewöhnlichen, oft überfüllten Deutschkursen zu konzentrieren, da es für sie zu laut und zu unruhig ist (persönliche Mitteilung K. Iten, Oktober 2010). Das Projekt *Deutsch für MigrantInnen im Kontext der Psychiatrie* bietet ihnen die Möglichkeit, in einem für sie angemessenen Kontext Deutsch zu lernen. Es gilt aber auch, die Grenzen des Angebots aufzuzeigen. Nicht alle PatientInnen profitieren gleichermassen vom Deutschkurs. Es gibt TeilnehmerInnen, die aus persönlichen oder gesundheitlichen Gründen nicht fähig sind, die fremde Sprache zu lernen. Trotzdem kann ihnen die Teilnahme am Deutschkurs zumindest ansatzweise einen Zugang zur Sprache und damit zum Aufnahmeland ermöglichen.

Das Modul ist bei den PatientInnen sehr beliebt und sie besuchen den Kurs mit hoher

Motivation. Die Lehrperson schafft eine entspannte, ruhige Atmosphäre, in der sich die belasteten PatientInnen verhältnismässig gut konzentrieren können. Es soll weder Leistungsdruck noch Zeitdruck aufgebaut werden, sondern jeder in seinem eigenen Tempo Fortschritte machen können. Auf spielerische Art und Weise soll den PatientInnen ermöglicht werden, in einem geschützten Rahmen Deutsch zu lernen. Die Erfahrung der PatientInnen, regelmässig mitzumachen und dabei zu sein, stärkt sie und ermöglicht ihnen, sich in kleinen Schritten sprachlich weiterzubilden. Ebenfalls machen sie Erfahrungen im sozialen Miteinander mit den anderen TeilnehmerInnen. Trotz ihrer Beschwerden bringen sie Ausdauer und Konzentration auf, unterstützen sich gegenseitig und gehen offen aufeinander zu (Jossen, 2010a).

### **2.6.3. Umsetzung**

Im Rahmen des Projekts *Deutsch für MigrantInnen im Kontext der Psychiatrie* der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern werden zwei verschiedene Deutschkurse angeboten. Der eine ist ein klassischer Deutschkurs, in welchem der Wortschatz erlernt und erweitert wird, bestimmte Elemente der Grammatik vermittelt und Alltagsthemen im interkulturellen Sinn behandelt werden. Der andere Kurs ist ein Alphabetisierungskurs. Er findet zwar auch auf Deutsch statt und fördert das Erlernen der deutschen Sprache, jedoch steht dabei das Erlernen des lateinischen Alphabets im Vordergrund.

Beide Kurse finden einmal wöchentlich statt und dauern jeweils 75 Minuten. Die Gruppengrösse kann zwischen sechs und 15 TeilnehmerInnen variieren und ist im Alphabetisierungskurs meist etwas geringer. Die PatientInnen werden von den PsychotherapeutInnen zur Teilnahme motiviert. Dadurch herrscht in den Kursen eine überdurchschnittlich hohe Teilnahmekontinuität. Gemäss den Selbsteinschätzungen der PatientInnen machen sie besonders in den Bereichen Lesen, Schreiben und Wortschatz Fortschritte.

Die Lehrperson des Projekts *Deutsch für MigrantInnen im Kontext der Psychiatrie* ist eine qualifizierte Fachperson mit transkulturellen Kompetenzen und Erfahrung im Bereich Psychiatrie. Sie hat vorzugsweise selbst Migrationshintergrund und kann die TeilnehmerInnen begeistern. Bei Bedarf wird sie von einer Psychologin in transkulturellen Kompetenzen gecoacht (persönliche Mitteilung K. Iten, Oktober 2010).

## **2.7. Modul: Unterstützung durch Freiwillige**

### **2.7.1. Das Modul**

Im Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen wird die *Unterstützung durch Freiwillige* von der Sozialarbeiterin vermittelt. Zielgruppe sind insbesondere PatientInnen, die an Einsamkeit leiden, denen es an einer Tagesstruktur mangelt, die über kein soziales Netzwerk verfügen oder aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung nicht genügend Eigeninitiative aufbringen, um selbständig Kontakte zu knüpfen. Ein Minimum an Interesse und Bereitschaft, sich auf eine Person einzulassen sowie minimale Deutschkenntnisse müssen vorhanden sein. Auch die Unterstützung ganzer Familien durch Freiwillige ist empfehlenswert.

Erachtet die Sozialarbeiterin oder der behandelnde Psychotherapeut eine Unterstützung

durch Freiwillige beim betreffenden Patienten als wichtig und sinnvoll, vermittelt die Sozialarbeiterin engagierte Freiwillige an interessierte PatientInnen.

Das Modul ist insofern eingebettet in das gesamte Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen, als die Vermittlung und sorgfältige Auswahl der Freiwilligen durch die Sozialarbeiterin in Absprache mit dem leitenden Oberarzt bzw. der leitenden Psychologin vorgenommen wird. Weiter fragt die Sozialarbeiterin bei den PatientInnen regelmässig nach und steht in halbjährlichem Kontakt mit den Freiwilligen. Für die Freiwilligen werden ein bis zwei Mal jährlich interne, spezifisch auf sie und das Thema der Betreuung der PatientInnen der Sprechstunde für MigrantInnen zugeschnittene Weiterbildungen angeboten.

### **2.7.2. Theoretische Begründung und Ziele**

Die Unterstützung der Sprechstunde für MigrantInnen durch Freiwillige kann von zwei Seiten betrachtet werden: Einerseits aus Sicht der PatientInnen, wobei der Begriff *Unterstützung durch Freiwillige* angemessen ist, und andererseits aus Sicht der Freiwilligen, was den Begriffen der *Freiwilligenarbeit* bzw. des *Freiwilligen Engagements* entspricht. Im Folgenden wird auf die Begriffe beider Seiten eingegangen.

Aus der Perspektive der PatientInnen stehen bei der *Unterstützung durch Freiwillige* verschiedene Aspekte im Vordergrund. Besonders für depressive PatientInnen kann der soziale Kontakt und die Aktivierung, die sie durch diese Unterstützung erfahren können, hilfreich sein. Als Gegenstück zu den oft vorhandenen Einsamkeitsgefühlen und der Antriebslosigkeit können die Betroffenen im Kontakt mit den Freiwilligen positive Erfahrungen machen. Neben der Unterstützung bei alltäglichen Angelegenheiten kann der Freiwillige aber auch Anstösse im Sinne von Hilfe zur Selbsthilfe geben, um die Eigeninitiative des Patienten zu fördern. So kann er ihm beispielsweise Kontakte zu Mittagstischen oder sozialen und kulturellen Treffpunkten vermitteln, welche der Patient dann selber weiter pflegen kann. Ferner kann die Unterstützung durch Freiwillige für die PatientInnen einen positiven Zugang zur Gesellschaft des Aufnahmelandes darstellen. Sie erhalten die Möglichkeit, Kontakt mit jemandem aus der Bevölkerung zu pflegen und die fremde Kultur, in der sie sich befinden, kennenzulernen. Die Freiwillige kann für sie eine zusätzliche Ansprechperson im Aufnahmeland darstellen. Sie können dabei auch ihre deutschen Sprachkenntnisse verbessern, da meistens neben den Deutschkursen wenige Übungsmöglichkeiten bestehen.

Die *Freiwilligenarbeit* aus Sicht der Freiwilligen wird aktuell oft mit dem Begriff *Freiwilligkeit* als übergeordnetes Konstrukt beschrieben. Freiwilligkeit ist ein breiter Begriff und impliziert nicht unbedingt Arbeit, sondern lehnt an die französischen (*benevol*) und englischen (*voluntarism*) Begriffe an, welche die Freiwilligkeit der Tätigkeit betonen und mehrere Möglichkeiten der Freiwilligkeit einbeziehen (Amman, 2008). Dies kann Tätigkeiten der Freiwilligen einschliessen, die nicht Arbeit im engeren Sinne bezeichnen, wie bei der Sprechstunde für MigrantInnen beispielsweise die gemeinsamen Ausflüge, welche die Freiwilligen mit den PatientInnen unternehmen können. Dem freiwilligen Engagement in der Zivilgesellschaft und im sozialen Bereich kommt eine besondere Bedeutung für die Entstehung und Erhaltung von sozialen Bindekräften in der Gesellschaft zu (Priller, 2008). In Bezug auf die Freiwilligenarbeit bei der Sprechstunde für MigrantInnen heisst dies zum Beispiel, dass die Freiwilligen einen Beitrag

zur Integration der MigrantInnen in die einheimische Gesellschaft leisten, indem sie den Kontakt mit den PatientInnen pflegen. Ferner ist gemäss von Cranach (2008) die Freiwilligentätigkeit „*in die Strukturen und Prozesse der sozialen Systeme, denen die Akteure angehören (...), eingebettet*“ (S. 138). Konkret ist die Freiwilligenarbeit in das Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen eingebettet. Es besteht die Möglichkeit, an den spezifischen Weiterbildungen teilzunehmen und sich bei den Fachpersonen der Sprechstunde für MigrantInnen Unterstützung zu holen. Die Motivation der Freiwilligen ist meistens sehr hoch. Von Cranach (2008) begründet dies mit folgenden Motiven: Das Freiwillige Engagement scheint den Freiwilligen sinnvoll und fördert die Verwirklichung ihrer Wertvorstellungen; ferner kann es Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung und zur Entwicklung der eigenen Persönlichkeit bieten. Ausserdem soll das Freiwillige Engagement als selbstmotivierend erlebt werden, als gute und bereichernde Erfahrung für die Freiwilligen.

Ein wichtiger Kernpunkt der Freiwilligenarbeit bzw. der Unterstützung der Sprechstunde für MigrantInnen durch Freiwillige ist, dass es gemeinsame Ziele beider Seiten gibt. Es ist kein striktes Geben von einer Seite und ein Nehmen von der anderen Seite, sondern der Kontakt kann für beide bereichernd sein (persönliche Mitteilung A. Ortelli, November 2011). So kann beispielsweise durch den Kontakt eine Brücke zwischen der einheimischen Kultur und fremden Kulturen geschlagen werden, es kann kulturelles, religiöses, kulinarisches, sprachliches Wissen ausgetauscht werden und beide Seiten können Neues kennen lernen. Somit ist für beide die Möglichkeit zu einem persönlichen Austausch vorhanden, der zur Erweiterung des eigenen Horizonts beitragen kann. Im Ganzen soll die Freiwilligenarbeit bzw. die Unterstützung durch Freiwillige eine Begegnung zwischen zwei Menschen sein, in gegenseitigem Interesse und Respekt.

### **2.7.3. Umsetzung**

Die Freiwilligen werden sorgfältig ausgewählt. Nach der schriftlichen Bewerbung erfolgt ein Gespräch mit der Sozialarbeiterin unter Zuzug der leitenden Psychologin oder des Oberarztes. Dabei geht es vor allem darum, abzuklären, welche Motivation die Freiwilligen mitbringen, ob sie psychisch belastbar sind und sich abgrenzen sowie sich bei Bedarf Hilfe holen können. Wichtig ist, dass die Freiwilligen Interesse am Kontakt mit den MigrantInnen haben und das Engagement auch für sich selbst als wertvoll ansehen. Die Freiwilligen unterliegen der Schweigepflicht. Sie erhalten keinen Lohn, sind aber unfallversichert und können Spesen sowie einen „*Nachweis für freiwillige und ehrenamtliche Tätigkeit*“ beantragen.

Nach dem Auswahlgespräch folgt ein Erstkontakt zwischen PatientIn und Freiwilligen, zusammen mit der Sozialarbeiterin und bei Bedarf ÜbersetzerIn. Dabei geht es um das gegenseitige Kennenlernen sowie das Festlegen der Rahmenbedingungen der Begleitung und das Besprechen der Erwartungen der PatientInnen. Darauf folgend treffen sich PatientIn und Freiwillige alleine und entscheiden nach diesem zweiten Treffen, ob sie weiterhin Kontakt wünschen. Falls ja, melden sie dies der Sozialarbeiterin und treffen sich ab dann selbständig mindestens alle zwei Wochen.

Aktuell sind zehn Freiwillige aktiv. Etwa die Hälfte ist seit etwa zwei bis drei Jahren aktiv, die andere Hälfte seit etwa einem halben Jahr (persönliche Mitteilung A. Ortelli, November

2011).

Die Freiwilligen der Sprechstunde für MigrantInnen unterstützen und begleiten einzelne PatientInnen oder ganze Familien bei der Alltagsbewältigung. Sie leisten Hilfestellung bei der Wohnungssuche und administrativen Arbeiten, begleiten sie an anspruchsvolle Termine – beispielsweise bei Behörden – unternehmen aber auch gemeinsame Ausflüge, trinken Kaffee zusammen und unterhalten sich. Sie können gemeinsam die Stadt oder die Natur entdecken, die Freiwilligen können den PatientInnen neue Orte zeigen oder sie als Anstoss an Mittagstische für MigrantInnen führen, damit sie selbständig weitere Kontakte knüpfen können. Ferner wird seitens der PatientInnen häufig der Wunsch geäußert, die eigenen mündlichen Deutschkenntnisse zu verbessern. Dies kann durch den Kontakt mit den Freiwilligen erfüllt werden. Es sollen Begegnungen zwischen Menschen sein, die für beide Seiten interessante Erfahrungen ermöglichen. Dabei geht es um handlungsorientierte Hilfe sowie einen regelmässigen, unterstützenden sozialen Kontakt.

## **2.8. Modul: Interkulturelle Gärten**

### **2.8.1. Das Modul**

Im Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen stellen die Interkulturellen Gärten bislang nur ein *externes* Zusatzmodul dar. Das Modul richtet sich an MigrantInnen, die Interesse und Freude an Gartenarbeit haben und über soziale Grundfähigkeiten verfügen. Vorwissen über Gartenarbeit und Pflanzen wird nicht vorausgesetzt. Auch Deutschkenntnisse sind nur minimal nötig, da vieles über nonverbale Kommunikation funktioniert.

Die Sozialarbeiterin der Sprechstunde für MigrantInnen pflegt den Kontakt mit den bestehenden Interkulturellen Gärten in Bern. Interessiert sich ein Patient für die Gartentätigkeit oder betrachtet der Psychotherapeut dies als ein passendes Modul für den Betreffenden, erfolgt eine Anmeldung beim Gartenprojekt. Eine Teilnahme ist indiziert, wenn PatientInnen beispielsweise eine Tagesstruktur benötigen oder wenn sie über zu wenig soziale Kontakte oder eigene Beschäftigungsmöglichkeiten verfügen. Die bestehenden Gartenprojekte in Bern werden von verschiedenen Institutionen geleitet und betreut.

Das Modul der Interkulturellen Gärten ist insofern eingebunden in die Gesamtbehandlung, als die PatientInnen in den Einzeltherapiesitzungen allfällige Themen, die im Gartenprojekt auftauchen, ansprechen und gemeinsam bearbeiten können. Ebenfalls stehen die zuständigen PsychotherapeutInnen mit der koordinierenden Sozialarbeiterin in Kontakt, welche wiederum mit den einzelnen Projekten in Kontakt steht.

Der Aufbau eines Interkulturellen Gartens als eigenes, internes Modul der Sprechstunde für MigrantInnen wäre wünschenswert. Als Vorbild kann das Behandlungszentrum für Folteropfer (BZFO) in Berlin dienen. Dort besteht bereits ein Interkultureller Heilgarten, der eng in die psychotherapeutische Behandlung eingebunden ist. Die PsychotherapeutInnen nehmen das Thema Garten mit den PatientInnen auf.

### **2.8.2. Theoretische Begründung und Ziele**

Müller (2002) schreibt in ihrem Buch *Wurzeln schlagen in der Fremde* über die positive Wirkung der Gartenarbeit auf traumatisierte MigrantInnen. Samen und Pflanzen aus der alten Heimat können in die neue Heimat gebracht werden. Dadurch können emotionale Brücken zwischen zwei Teilen entstehen, die zu den MigrantInnen gehören. Durch die naturnahe Arbeit im Garten wird den MigrantInnen und insbesondere den Asylsuchenden und Flüchtlingen ermöglicht, im neuen Land wortwörtlich Wurzeln zu schlagen.

Im Miteinander mit den anderen GärtnerInnen können sie ein Zusammengehörigkeitsgefühl entwickeln (Petersen, 2007). Durch den Kontakt zwischen MigrantInnen und Einheimischen wird auch die Integration auf natürliche Art und Weise gefördert. Die Gärten sind Tausch- und Gemeinschaftsräume, die den Beteiligten Zugang zu verschiedenen Ressourcen ermöglichen. Es findet ein sprachlicher Austausch statt, wodurch die MigrantInnen ihre Sprachkenntnisse verbessern können. Weiter werden Erntegüter und Ratschläge ausgetauscht. Es wird beispielsweise an Sommerfesten der kulturelle Reichtum miteinander geteilt, wovon alle profitieren können. Werner (2008) nennt die Interkulturellen Gärten *Räume der Mikro-Integration* und sieht deren Stärke und Sinn in der Natürlichkeit, in der die beteiligten Menschen Erdung erfahren, produktiv sein können und sich als Individuen selbst in die Gemeinschaft einbringen. Jenseits von erzwungener Anpassung und Verweigerung entstehen Kontakte zwischen Einheimischen und MigrantInnen verschiedenster Herkunft (Müller, 2002).

Die begleitete Arbeit im Garten kann traumatisierten Menschen helfen, im Bezug zur Natur ihre Integrität wieder aufzubauen. Durch die selbstversorgende Tätigkeit können sie erneut ein Gefühl der Selbstwirksamkeit erhalten und ihr Selbstwertgefühl stärken. Durch die Produktivität und selbständige Tätigkeit der GärtnerInnen, die sichtbaren Erfolge ihrer Arbeit, die Ernte und die daraus resultierende Möglichkeit, etwas geben zu können und mit anderen zu teilen, kann es den PatientInnen gelingen, aus der Opferperspektive in die Akteurperspektive zu wechseln (Nosetti, 2009). Sie finden aus der passiven Situation heraus in eine aktive Haltung.<sup>30</sup> Dieser Perspektivenwechsel vermittelt ihnen wiederum ein höheres Selbstwirksamkeits- und Selbstwertgefühl und ein Gefühl von Sinnhaftigkeit. Die MigrantInnen glauben wieder daran, selbst etwas bewirken zu können. Sie beginnen eher, Verantwortung zu übernehmen, unter anderem auch die soziale Verantwortung für das Miteinander im Garten. In diesem Sinne führt das Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin seit sechs Jahren einen Interkulturellen Heilgarten, der Teil des Behandlungskonzepts ist und als wichtige Ressource für den Therapieprozess betrachtet wird (Nosetti, 2009).

Asylsuchende können oft keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, da sie entweder keine Arbeitsbewilligung erhalten oder von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Die Arbeit im Garten kann ihnen jenseits vom Druck des Arbeitsmarktes grundlegende Möglichkeiten bieten: eine Tagesstruktur, das Gefühl eigener Leistungsfähigkeit sowie eine soziale Eingebundenheit, wie man sie sonst im Erwerbsleben erfährt und die existenziell für den Menschen ist (Müller, 2002).

---

<sup>30</sup> Siehe auch Kapitel 2.4 *Körperorientierte Module: Bewegungsgruppen*

### **2.8.3. Umsetzung**

In den Interkulturellen Gärten gibt es einerseits Gemeinschaftsflächen, die von allen gepflegt werden und andererseits kann jeder Teilnehmer ein Beet für sich alleine bepflanzen. Einmal wöchentlich findet ein Treffen im Garten mit allen TeilnehmerInnen und der leitenden Fachperson zum gegenseitigen Austausch und Zusammensein statt. Der Garten ist offen, so dass die TeilnehmerInnen jederzeit individuell in den Garten gehen können. Es werden auch Gartenfeste veranstaltet, in denen gemeinsames Kochen und der Austausch von kulturellem Wissen im Zentrum steht.<sup>31</sup>

Die Tätigkeiten im Garten umfassen säen, pflanzen und ernten. Während dieser Arbeiten können soziale Kontakte geknüpft und ein Zusammengehörigkeitsgefühl entwickelt werden. Es werden Nutzpflanzen wie verschiedene Gemüsesorten, Beeren, Heil- und Küchenkräuter sowie auch Zierpflanzen wie Blumen angepflanzt. Der Kreativität sind keine Grenzen gesetzt. MigrantInnen bringen gerne eigene Samen mit, die sie aus ihrer Heimat kennen. In diesem Zusammenhang können die MigrantInnen den anderen TeilnehmerInnen ihr Wissen über Kräuter und andere Pflanzen aus ihren Heimatländern weitergeben. So findet ein Wissensaustausch statt, die MigrantInnen sind nicht mehr nur Nehmende, sondern auch Gebende und erfahren sich selber auch im fremden Land als kompetent und aktiv.

Die leitende Fachperson des jeweiligen Gartenprojekts verfügt über Wissen und Kenntnisse in den Bereichen Garten und Pflanzen sowie über soziale und interkulturelle Kompetenzen. Dadurch kann sie die TeilnehmerInnen bei Bedarf gartentechnisch beraten sowie auch soziale Schwierigkeiten aufgreifen und mit der Gruppe besprechen.

---

<sup>31</sup> Diese Beschreibung eines Interkulturellen Gartens ist exemplarisch und kann natürlich von Gartenprojekt zu Gartenprojekt variieren.



### 3. Wirksamkeitsstudie

Das Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern wurde im Rahmen der Masterarbeit in Psychologie von Nosetti (2011) an der Universität Bern empirisch untersucht und auf seine Wirksamkeit überprüft. Im vorliegenden Handbuch werden relevante Aspekte und Ergebnisse dargelegt und diskutiert. Für detaillierte Informationen wird auf die erwähnte Originalstudie verwiesen.

#### 3.1. Fragestellung und Methoden

In der explorativen Untersuchung wurde eine Wirksamkeitsprüfung durch Veränderungsmessung mit folgender Fragestellung durchgeführt: *Wirkt sich das interdisziplinäre Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern positiv auf die Symptombelastung und die psychische Befindlichkeit, und somit auf die Gesundheit der PatientInnen aus?*

Die Studie basiert auf einem Prä-Post-Design mit einem Abstand von sechs Monaten. Für die indirekte Veränderungsmessung wurden anhand von Fragebogen Werte zur allgemeinen Symptombelastung anhand des Brief Symptom Inventory (BSI), zur Befindlichkeit anhand des Emotionalitätsinventars Kurzform (EMI-K) und zu Symptomen der PTSD anhand des Harvard Trauma Questionnaire Revised (HTQ-R) erfasst. Diese Werte wurden zu Beginn der Behandlung und nach sechs Monaten Behandlung erhoben und durch den Nachbefragungsbogen zur Erfassung der wahrgenommenen Veränderung ergänzt. Alle Fragebogen stellen Selbstbeurteilungsverfahren dar.

Die Erhebung der Daten anhand der erwähnten Fragebogen erfolgte mündlich im direkten Kontakt mit den PatientInnen durch eine externe Person<sup>32</sup> und wurde mit Hilfe von geschulten ÜbersetzerInnen durchgeführt. Die Befragung erfolgte in den Räumlichkeiten der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern, welche den PatientInnen bekannt sind.

Mit den gemessenen Werten wurden Effektstärken gerechnet, um die Veränderung des Befindens zu erfassen. Weitere Faktoren wurden explorativ in die Berechnungen einbezogen, um Hinweise und Anregungen für die weitere Forschung auf diesem Gebiet zu liefern. So wurden zusätzliche Effektstärken gerechnet für die Kategorien Geschlecht, Diagnose PTSD sowie Aufenthaltsstatus. Zusätzlich zu den Effektstärken wurden Signifikanzberechnungen durchgeführt. Aufgrund der explorativen Ausgangslage und der kleinen Stichprobengrösse werden diese aber nur ergänzend betrachtet, im Vordergrund der Interpretationen stehen die Effektstärken.<sup>33</sup>

Es wurden keine Kontrollgruppendaten erhoben, sondern Vergleiche mit bestehenden Werten aus der Forschung und Literatur vorgenommen.

---

<sup>32</sup> Laura Nosetti, zu jenem Zeitpunkt Studentin der Klinischen Psychologie an der Universität Bern, führte die Datenerhebung im Rahmen ihrer Masterarbeit durch.

<sup>33</sup> Für eine genauere Argumentation wird auf die Originalstudie von Nosetti (2011) verwiesen.

### 3.2. Beschreibung der Stichprobe

Während drei Monaten wurden alle Neueintritte in die Sprechstunde für MigrantInnen für die Studie aufgeboten. Die daraus hervorgegangene Stichprobe bestand aus 33 PatientInnen der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern, davon waren 20 Frauen (60.6 %) und 13 Männer (39.4 %). Das Durchschnittsalter betrug 33.4 Jahre (Standardabweichung (SD) = 10.7 Jahre). Die PatientInnen der Stichprobe befanden sich im Durchschnitt seit 3.88 Jahren in der Schweiz (SD = 5.89). Fünfzehn Personen waren erst seit einem Jahr in der Schweiz, eine Person seit 30 Jahren. Die PatientInnen unterschieden sich ferner in den Kategorien Herkunftsland, Muttersprache, Religionszugehörigkeit, Schulbildung, Zivilstand, Aufenthaltsstatus, Wohnsituation und psychiatrische Diagnosen.

Zu Beginn der Behandlung wurden bei den PatientInnen folgende psychiatrische Diagnosen – häufig komorbid – gestellt (gemäss der Klassifizierung nach ICD-10): 28 der 33 PatientInnen litten unter einer Depression (depressive Episode, F32, 84.9%), davon vier Personen unter einer Depression mit somatischem Syndrom (rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom, F33.01, 12,1%). Ferner litten 21 der 33 PatientInnen unter einer PTSD (F43.1, 63.6%). Die Anpassungsstörung (F43.2) wurde bei 12.1% der PatientInnen festgestellt, die Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) bei 6,0% und die undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) ebenfalls bei 6,0%. Spezifische Aspekte der psychosozialen Belastungssituation wurden bei 21,2% der PatientInnen diagnostiziert (bspw. Arbeitslosigkeit Z56.0; Probleme mit Bezug auf die Wohnbedingungen oder die wirtschaftlichen Verhältnisse Z59; Andere Probleme mit Bezug auf den engeren Familienkreis, einschließlich familiärer Umstände Z63). Depression und PTSD waren somit deutlich die häufigsten Diagnosen in der vorliegenden Stichprobe. Die folgenden Diagnosen waren jeweils bei einer Person anzutreffen: sexuelle Funktionsstörung (F52), sonstige organische Persönlichkeitsstörung (F07.8), Suizidalität,<sup>34</sup> Polytoxikomanie (F19).

---

<sup>34</sup> Suizidalität stellt keine eigenständige Diagnose dar, sondern kann ein Symptom der Depression sein. In den Krankenakten, die der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegen, wurde Suizidalität unter *Diagnosen* aufgelistet und wird somit auch hier so aufgeführt.

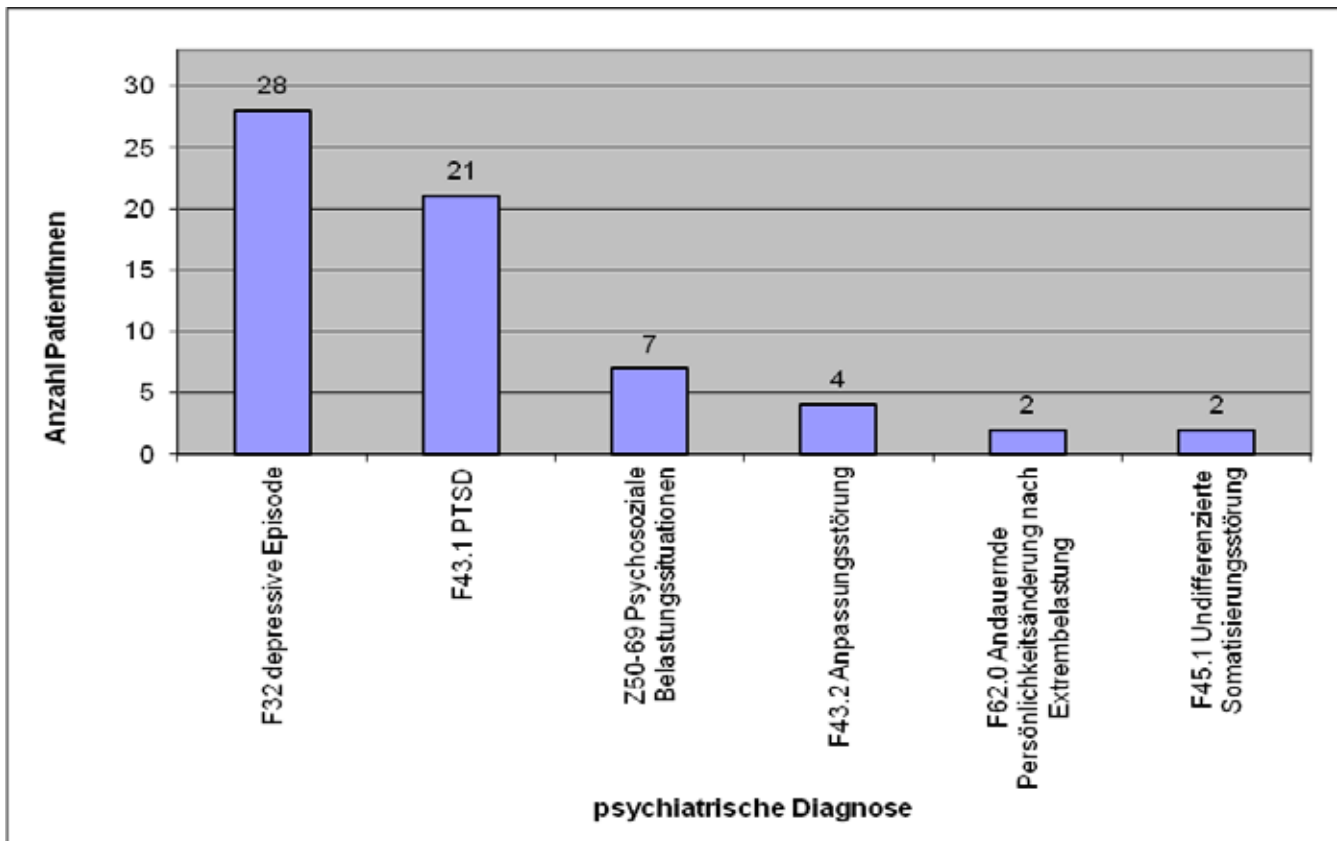


Abbildung 7: Verteilung der sechs häufigsten psychiatrischen Diagnosen in der Stichprobe (Komorbiditäten vorhanden), n = 33

Die Kategorien Aufenthaltsstatus und Wohnsituation werden im Folgenden ebenfalls graphisch dargestellt, da sie auch in der Diskussion eine Rolle spielen.

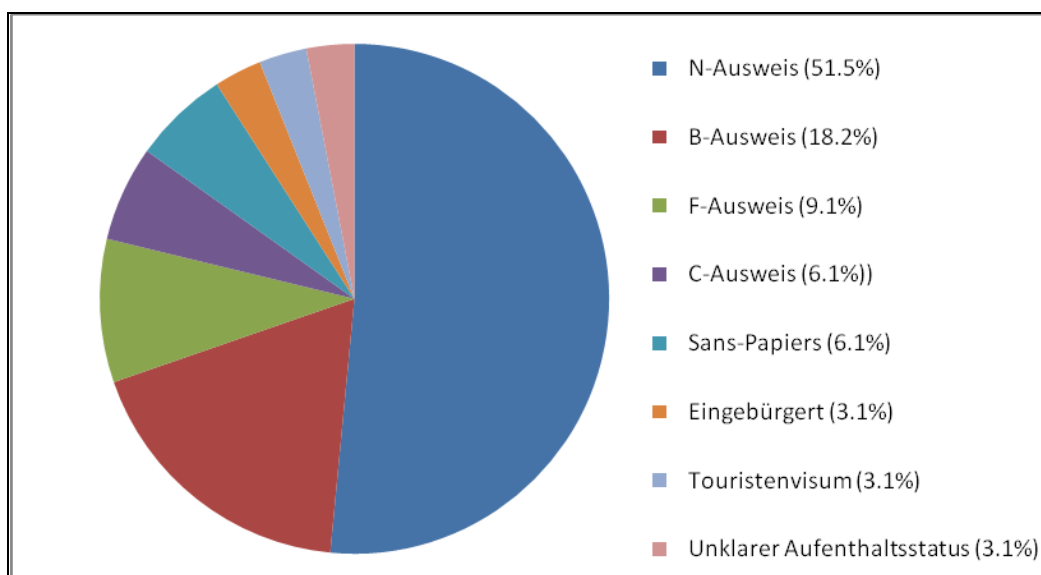


Abbildung 6: Verteilung des Aufenthaltsstatus in der Stichprobe, n = 33

Betreffend Asyl- bzw. Aufenthaltsstatus hatten zum Prä-Messzeitpunkt von den 33 PatientInnen 17 Personen (51.5%) einen N-Ausweis,<sup>35</sup> waren also Asylsuchende. Sechs Personen hatten einen B-Ausweis (18.2%), drei Personen einen F-Ausweis (9.1%), je zwei Personen hatten einen C-Ausweis bzw. waren Sans-Papiers (je 6.1%) und je eine Person war eingebürgert, hatte ein Touristenvisum oder einen zurzeit unklaren Aufenthaltsstatus.

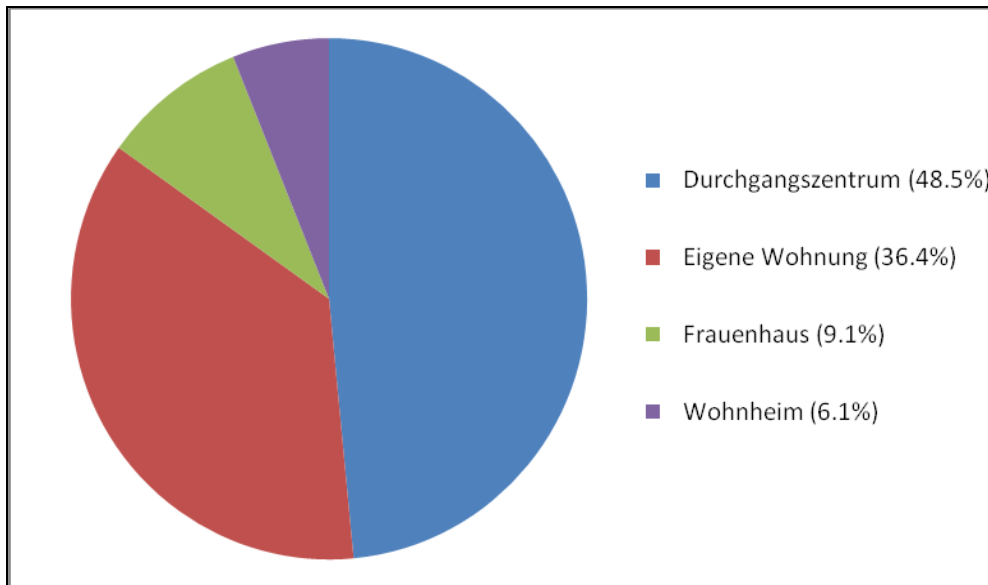


Abbildung 7: Verteilung der Wohnsituationen in der Stichprobe, n = 33

In Bezug auf die Wohnsituation in der Schweiz lebten zum Prä-Messzeitpunkt 16 Personen der Stichprobe in einem Durchgangszentrum für Asylsuchende (48.5%), 12 lebten in einer eigenen Wohnung (36.4%), drei Personen im Frauenhaus (9.1%) und zwei Personen in einem Wohnheim (6.1%).

### 3.3. Ergebnisse und Diskussion

An dieser Stelle werden jene Ergebnisse der Studie von Nosetti (2011) berichtet und diskutiert, welche besonders bedeutsam und für das vorliegende Handbuch relevant sind. Für detaillierte Zahlenangaben und die vollständige Sammlung der Tabellen und Graphiken wird auf die Originalstudie verwiesen. Im Folgenden wird zuerst auf die *symptombezogenen Ergebnisse* der indirekten Veränderungsmessung anhand der Fragebogen BSI, EMI-K und HTQ-R eingegangen.<sup>36</sup> Anschliessend wird auf die Ergebnisse der direkten Veränderungsmessung

---

<sup>35</sup> Zur Beschreibung der verschiedenen Ausweise und Aufenthaltsstatus siehe Kapitel 1.1 *MigrantInnen in der Schweiz*.

<sup>36</sup> Die symptombezogenen Ergebnisse wurden mit indirekter Veränderungsmessung anhand folgender Fragebogen erhoben: BSI zur Erhebung der allgemeinen Symptombelastung, EMI-K zur Erfassung der Befindlichkeit und HTQ-R zur Erfassung der traumaspezifischen Symptome. Zur Übersicht werden hier alle erhobenen Skalen der drei Fragebogen aufgelistet. Die Skalen der allgemeinen Symptombelastung anhand des Brief Symptom Inventory (BSI) sind: *Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit,*

anhand der retrospektiven Einschätzung der PatientInnen Bezug genommen. Dies soll eine am Inhalt statt an der Methodik orientierte Darstellung der Ergebnisse ermöglichen. Zuerst werden die jeweils markanten Ergebnisse in Bezug auf die Gesamtstichprobe dargelegt, anschliessend – im Fall bedeutsamer Ergebnisse – separate Berechnungen in Bezug auf die Kategorien Geschlecht, PTSD und Aufenthaltsstatus präsentiert.

### **3.3.1. Symptombezogene Ergebnisse**

Die Effektstärken der Gesamtstichprobe weisen alle in eine positive Richtung, das heisst sie deuten auf eine Verbesserung der Symptomatik hin. Die Symptome der Skalen *Somatisierung* und *Depressivität* haben sich bei den untersuchten PatientInnen tendenziell reduziert (gemäss BSI). Die *depressive Stimmung* und das *gestörte Allgemeinbefinden*<sup>37</sup> der PatientInnen sowie der *Gesamtwert der Befindlichkeitsmessung* (EMI-K) haben sich leicht bis mittelstark verbessert. In Bezug auf die traumaspezifischen Symptome (HTQ-R) haben die belastenden Symptome des *Wiedererlebens* bei traumatisierten PatientInnen leicht bis mittelstark abgenommen. Diese Effekte sind zwar nicht gross, erreichten aber einen bedeutsamen und relevanten Wert. Ferner ist die Verbesserung des Befindens in den Bereichen *depressive Stimmung* und *gestörtes Allgemeinbefinden* signifikant.<sup>38</sup> Auf den anderen Skalen wurden kleine oder keine bedeutsamen Effekte gefunden.

Die Effektstärken der Kategorien *Männer* und *Frauen* unterscheiden sich signifikant in folgenden Bereichen: Bei den Männern haben sich die *depressive Stimmung*, das *gestörte Allgemeinbefinden*, der *Gesamtwert der Befindlichkeitsmessung*, die *Übererregung* sowie die Symptombelastung auf dem *DSM-Gesamtscore* und dem *HTQ-R-Gesamtscore* signifikant stärker verbessert als bei den Frauen. Andererseits haben sich bei den Frauen das *ängstliche Verhalten* sowie das *Vermeidungsverhalten* annähernd signifikant<sup>39</sup> stärker verbessert als bei den Männern. Ferner haben bei den männlichen Patienten die *Aggressivität* sowie die *depressive Stimmung* mittel bis stark abgenommen. Auf den anderen Skalen wurden kleine oder keine bedeutsamen Unterschiede oder Effekte gefunden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die symptombezogenen Ergebnisse gering

---

*Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus, mittlere Belastung (GSI), Anzahl Beschwerden (PST), Stärke der Beschwerden (PSDI).* Die Skalen der Befindlichkeit anhand des Emotionalitätsinventars Kurzform (EMI-K) sind: *Ängstliches Verhalten, Depressive Stimmung, Gehemmtes Verhalten, Verlassenheitsgefühle, Gestörtes Allgemeinbefinden, Gesamt-Summenwert des EMI-K.* Die Skalen zu Symptomen der PTSD anhand des Harvard Trauma Questionnaire Revised (HTQ-R) sind: *Wiedererleben, Vermeiden, Übererregung, DSM-Gesamtscore, HTQ-R-Gesamtscore.*

<sup>37</sup> Zur Ergänzung: Der Gegenpol zu diesem Item im Fragebogen ist *Wohlbefinden*.

<sup>38</sup> Durch die Bonferroni-Korrektur wird die Wahrscheinlichkeit für signifikante Effekte stark herabgesetzt. Trotzdem resultierten einige signifikante Effekte. Wie in Kapitel 3.1 *Fragestellung und Methoden* erläutert, wird der Fokus der Interpretationen nicht auf die Signifikanzen, sondern auf die Effektstärken gelegt. Für genauere Erklärungen wird auf die Originalstudie (Nosetti, 2011) verwiesen.

<sup>39</sup> Die Signifikanzen werden durch p angegeben. Bei einem p kleiner oder gleich 0.05 wird von einem *signifikanten* Effekt bzw. Unterschied gesprochen. Ein p kleiner oder gleich 0.1 bedeutet *annähernd signifikant*.

sind, aber dennoch relevante Verbesserungen im Befinden der PatientInnen erreicht wurden. Vergleicht man nun diese Ergebnisse aufgrund fehlender Kontrollgruppendaten<sup>40</sup> mit Werten aus der Literatur, ergibt sich folgendes Bild:

Im Vergleich mit den in Literatur und Forschung gängigen Standards betreffend Effektstärken zur Wirkung von Psychotherapie (Smith, Glass & Miller, 1980; zitiert nach Grawe, Donati & Bernauer, 2001) ergaben sich bei der hier vorgestellten Studie vorwiegend kleine bis mittlere Effekte, wenige sehr grosse Effekte, und auf einigen Skalen keine Effekte, die höher als die Annahme der Spontanremission liegen.

Werden die Ergebnisse jedoch mit den Werten der Studie verglichen, die mit PatientInnen des Behandlungszentrums für Folteropfer in Berlin durchgeführt wurde (Birck, 2004), zeigt sich ein anderes Bild. Die genannte Studie basiert auf einer vergleichbaren Stichprobe, welche aus MigrantInnen mit teils sicherem und teils unsicherem Aufenthaltsstatus besteht. Jene Studie hat sowohl eine Therapie- als auch eine Kontrollgruppe untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass bei der Behandlungsgruppe zwar keine signifikanten Verbesserungen erreicht werden konnten, dass aber die bei der Kontrollgruppe beobachtete Verschlechterung der Symptomatik durch die Behandlung verhindert werden konnte.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass im Vergleich zu den gängigen Werten aus der klassischen Psychotherapieforschung bei der hier vorgestellten Studie kleine Werte gefunden wurden, jedoch unter Berücksichtigung der Besonderheiten und im Vergleich mit einer vergleichbaren Stichprobe relevante und bedeutsame Effekte resultieren.<sup>41</sup>

### **3.3.2. Nicht-symptombezogene Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die nicht-symptombezogenen Ergebnisse der direkten Veränderungsmessung präsentiert. Die PatientInnen der Stichprobe wurden anhand des Nachbefragungsbogens retrospektiv befragt. Von den 33 PatientInnen hatten alle eine *Psychotherapie* in der Sprechstunde für MigrantInnen gemacht oder waren noch in einer laufenden Psychotherapie. 16 Personen waren in der *Sozialberatung*, fünf Frauen in der *psychoedukativen Gruppe*, sechs Frauen in der *Bewegungsgruppe für Frauen*, ein Mann in der *Bewegungsgruppe für Männer*, sechs Personen im *Deutschkurs für MigrantInnen im Kontext der Psychiatrie*, keine der Personen aus der Stichprobe nahm an der *Unterstützung durch Freiwillige* teil und keine der untersuchten Personen war im *Interkulturellen Garten* aktiv.

---

<sup>40</sup> Die Erhebung einer Kontrollgruppe war im Rahmen der Masterarbeit aus Kapazitätsgründen nicht möglich.

<sup>41</sup> In Kapitel 3.3.2 *Nicht-symptombezogene Ergebnisse* wird näher auf die Unterschiede der beiden Stichproben eingegangen.

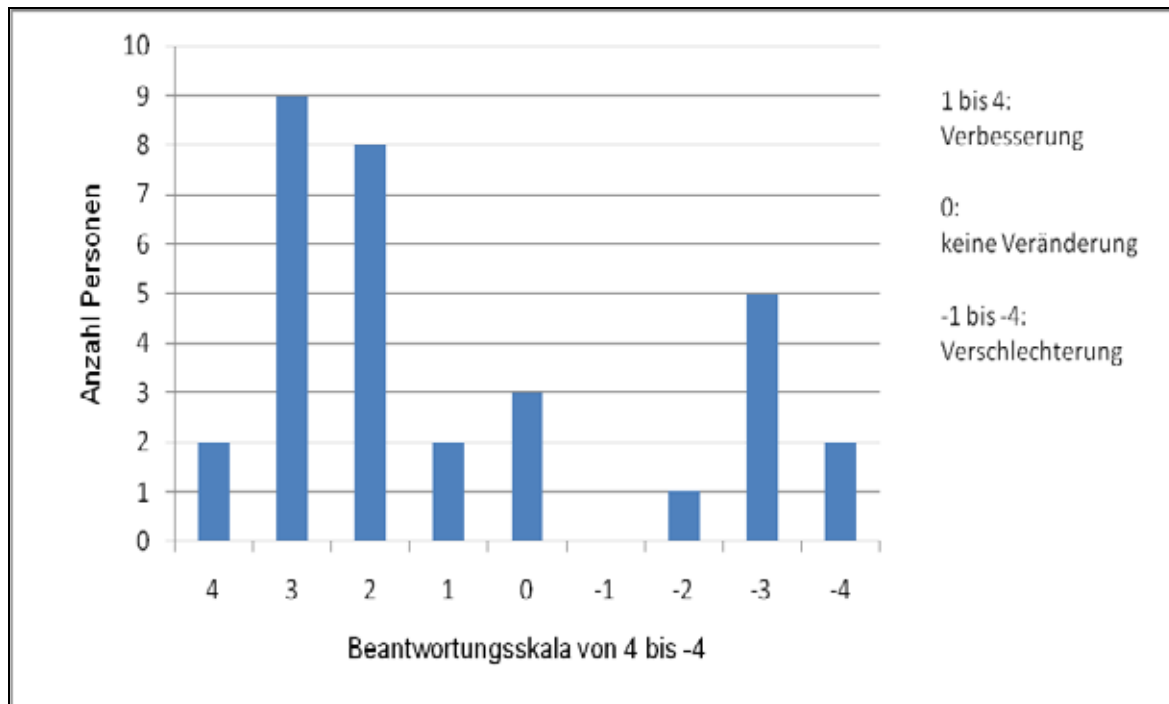


Abbildung 8: Retrospektive Selbsteinschätzung der PatientInnen betreffend der Frage: *Wie hat sich Ihr Befinden im letzten halben Jahr verändert?*

Auf die Frage, wie sich ihr Befinden im letzten halben Jahr verändert habe, konnten die PatientInnen auf einer Likertskala von + 4 (stark verbessert) über 0 (keine Veränderung des Befindens) bis -4 (stark verschlechtert) antworten (Abbildung 8).

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass 21 der 32 PatientInnen im Vergleich zu einem halben Jahr vorher eine Verbesserung ihrer Befindlichkeit wahrgenommen haben, drei Personen haben gar keine Veränderung ihres Befindens wahrgenommen und acht Personen haben eine Verschlechterung ihres Befindens wahrgenommen.

Dies ist ein deutliches Resultat, welches die Verbesserung des allgemeinen Befindens aus Sicht der PatientInnen zeigt. Es gibt zwar ein paar PatientInnen, die eine Verschlechterung ihres Befindens festgestellt haben, jedoch hat die grosse Mehrheit eine Verbesserung erfahren. Jene acht PatientInnen, die eine Verschlechterung ihres Befindens angegeben haben, führten am häufigsten folgende Gründe an (mehrere Antworten waren möglich): Drei Personen gaben an, dass sie darunter litten, noch keinen Asylentscheid bzw. einen Negativentscheid erhalten zu haben und sich immer noch im laufenden Asylverfahren und in der Ungewissheit befänden; drei Personen berichteten, Angst vor der Zukunft zu haben und zwei Personen nannten die Schwierigkeit, dass sie nichts machen könnten (nicht arbeiten, nichts verändern, ihrer Familie nicht helfen). Fünf Personen gaben an, es gehe ihnen schlechter, weil sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe.

Da jedoch die grosse Mehrheit eine Verbesserung ihres Befindens angegeben hat, ist dieses Ergebnis deutlicher als jenes der symptombezogenen indirekten Veränderungsmessung, die auf den einzelnen Symptomen und den Symptombildern basiert. Hierzu ist die Studie von Birck (2002) zu erwähnen, die gezeigt hat, dass sich zwar die Symptombelastung bei den PatientInnen – ebenfalls vergleichbar belastete MigrantInnen – nicht wesentlich verbessert hat, dass aber in (anderen) praktischen Lebensbereichen bedeutende Verbesserungen feststellbar

waren. Dies sind beispielsweise eine besser gelingende Integration in die Gemeinschaft oder besseres Zurechtkommen im Alltag, was mit den hier verwendeten symptombezogenen Messmitteln nicht erfasst wurde. Diese Aspekte, welche zur Wiedereingliederung ins Leben der Betroffenen beitragen, sind für traumatisierte Menschen besonders wichtig (Keilson, 1979).

Hinweise auf eine solche Interpretation finden sich auch in den Antworten der PatientInnen auf die offen gestellten Fragen in der vorliegenden Studie. Auf die Frage nach den Gründen, welche die PatientInnen für die Veränderung ihres Befindens verantwortlich machen, haben fünf Personen geantwortet, dass es ihnen besser gehe, weil sie wüssten, dass sie Hilfe bekämen und sie mit jemandem über ihre Probleme reden könnten. Zwei Personen haben darauf hingewiesen, dass ihre Probleme zwar teilweise noch bestünden, sie jetzt aber besser damit umgehen könnten. Drei Personen berichteten, dass sie nicht mehr so viel vor sich hin grübelten. Drei Personen gaben an, es gehe ihnen aufgrund ihrer Medikamente besser. Vier Personen antworteten, es gehe ihnen besser, da sie arbeiten könnten und eine Beschäftigung hätten. Drei Personen berichten, dass sich ihre Familiensituation verbessert habe, zwei Personen nannten eine Verbesserung der Wohnsituation, weitere zwei Personen gaben an, wie gut es ihnen tue, Sport treiben zu können. Je eine Person gab an, dass es ihr besser gehe, da sie besser Deutsch gelernt habe; da sie selbständiger geworden sei bzw. weil sich ihre Ernährung verbessert habe.

Diese Antworten weisen darauf hin, dass sich die *beeinflussbaren* Lebensumstände der PatientInnen positiv verändert haben. So hat sich die familiäre Situation verbessert, die PatientInnen haben mehr Tagesstruktur gewonnen und können sich beschäftigen, sie treiben Sport, grübeln nicht mehr so viel vor sich hin und beherrschen die deutsche Sprache besser. Viele dieser Ergebnisse konnten durch die multimodalen Angebote unterstützt werden, so bspw. durch die Bewegungsgruppen, den Deutschkurs, die Sozialberatung oder die Psychotherapie.

Ferner verdeutlichen die Antworten, wie wichtig Psychotherapie und multimodale Behandlung trotz der Grenzen durch die erschwerenden, nicht beeinflussbaren Umstände sind.<sup>42</sup> Dies wird beispielsweise durch die Antworten belegt, dass die PatientInnen nun wissen, dass ihnen geholfen wird und sie über ihre Probleme reden können, und dass sie nun besser mit ihren Problemen umgehen können.

Diese Antworten weisen auf das Potenzial des multimodalen Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen hin, welches sich nicht nur auf die Verbesserung der Symptomatik der PatientInnen konzentriert, sondern auch auf die Gesamtsituation und die besonderen Lebensumstände der Betroffenen eingeht.

---

<sup>42</sup> Mehr zu den Lebensumständen und dem Kontext siehe weiter unten im Text.



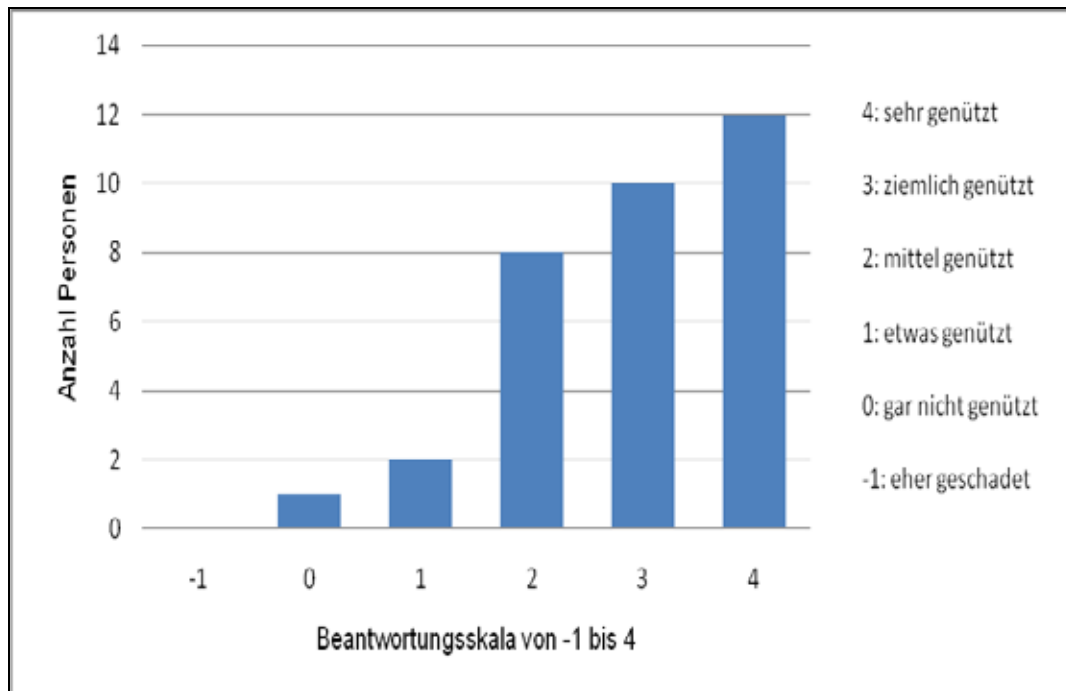


Abbildung 9: Retrospektive Selbsteinschätzung der PatientInnen betreffend der Frage: *Wie sehr haben Ihnen die Behandlungen an der Sprechstunde für MigrantInnen als Ganzes genützt bzw. geholfen?*

Auf die Frage, ob und wie sehr ihnen die Behandlung an der Sprechstunde für MigrantInnen als Ganzes genützt oder geholfen habe, konnten die PatientInnen auf einer Likertskala von -1 (eher geschadet) über 0 (gar nicht genützt) bis 4 (sehr genützt) antworten (Abbildung 9).

Bei der Frage, wie hilfreich sie die Behandlung in der Sprechstunde für MigrantInnen als Ganzes wahrgenommen haben, sind sehr grosse Effektstärken zu verzeichnen. Dies bedeutet, dass die PatientInnen die Behandlung als sehr hilfreich empfunden haben, obwohl bei der direkten Veränderungsmessung aus methodischen Gründen die Effekte generell höher ausfallen. Bei der Frage nach der Veränderung des eigenen Befindens (Abbildung 8) ist eine kleine Effektstärke zu berichten, was bedeutet, dass es den PatientInnen durchschnittlich etwas besser geht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die befragten PatientInnen von einer Verbesserung ihres Befindens berichteten und die Behandlung in der Sprechstunde für MigrantInnen als sehr hilfreich empfunden haben.

Beim Nachbefragungsbogen der direkten Veränderungsmessung waren die Effektstärken in Bezug auf die Befindlichkeit ähnlich klein wie bei den indirekten Messmitteln, mit Ausnahme der PatientInnen ohne PTSD, bei welchen sich eine mittlere bis grosse Effektstärke zeigte. Zwar gaben ungefähr zwei Drittel der PatientInnen eine leichte bis starke Verbesserung des Befindens an, der gesamte Effekt war jedoch trotzdem klein, da auch einige PatientInnen eine Verschlechterung des Befindens angegeben hatten. Hingegen waren die Effekte bei der Frage, ob die PatientInnen die Behandlung als hilfreich erlebt haben und wie sehr ihnen die Behandlung an der Sprechstunde für MigrantInnen genützt oder geholfen hat, durchgehend sehr gross. Daraus kann geschlossen werden, dass differenziert werden muss zwischen der Wahrnehmung der

PatientInnen, ob sich ihr Befinden verändert bzw. verbessert hat, und der Wahrnehmung der PatientInnen, ob sie die Behandlung als hilfreich erlebt haben. Die deutlichen Unterschiede der Effektstärken in Bezug auf diese Fragen unterstützen die Aussage und Wahrnehmung des Behandlungsteams, dass das Behandlungskonzept von den Betroffenen als hilfreich und wichtig wahrgenommen wird, auch wenn sie selber die Verbesserung ihres Befindens als eher klein einschätzen. Es scheint daher ein grosses Bedürfnis bei der Zielgruppe vorhanden zu sein, was sich auch widerspiegelt in den Antworten der PatientInnen *Ich möchte mehr Therapie* bzw. *Ich möchte häufiger in Therapie kommen* auf die Frage *Was würden Sie brauchen, damit es Ihnen besser geht?*.

Beim Vergleich der Ergebnisse mit den gängigen Werten aus der Literatur bzw. mit den Werten der Studie des Behandlungszentrums für Folteropfer stellt sich die Frage, inwiefern sich die beiden MigrantInnen-Stichproben von jenen klassischer Psychotherapiestudien unterscheiden.

Die vorliegende Stichprobe besteht im Vergleich mit klinischen Stichproben der einheimischen Bevölkerung aus stärker belasteten PatientInnen mit komplexen psychosozialen Belastungssituationen, was in den Untersuchungen des Bundesamts für Gesundheit (2011) sowie in der Studie von Roth (2007) bestätigt wurde. MigrantInnen haben oft multiple traumatische Erfahrungen von Krieg, Flucht, Folter und Gewalt erlebt, welche Risikofaktoren für die psychische Gesundheit darstellen. Ferner ist Migration an sich ein kritisches Lebensereignis für die Betroffenen (Weiss, 2003). Die Umstände der Migration sowie die Gegebenheiten im Heimatland spielen dabei eine wichtige Rolle. Es sind nicht nur die Belastungen der Vergangenheit, die bei der MigrantInnen-Stichprobe grösser sind, sondern vor allem auch das Andauern der Belastungen. Der Kontext, in dem die MigrantInnen – insbesondere Flüchtlinge und Asylsuchende – im Aufnahmeland leben, ist oft belastend und schwierig (Weiss, 2003). Die Belastungen bleiben daher oft weiter bestehen, verhärten und chronifizieren sich, während neue Schwierigkeiten und psychosoziale Belastungen dazukommen.<sup>43</sup>

Zu den speziellen Belastungen, die der Kontext beinhaltet, lassen sich interessante Informationen aus den Antworten der PatientInnen zu den offenen Fragen gewinnen. Bei den Fragen des Nachbefragungsbogens *Warum geht es Ihnen besser/schlechter/gleich wie vor einem halben Jahr?* sowie *Was würden Sie brauchen, damit es Ihnen besser geht?* können viele der Antworten in Kategorien zusammengefasst werden. So zeigen sich einerseits bei den Aussagen *Es geht mir besser, weil...* Antworten, welche die Aspekte *arbeiten können, bessere Familiensituation, sicherer Aufenthaltsstatus, bessere Wohnsituation* enthalten. Andererseits werden bei den Aussagen *Es geht mir schlechter, weil...* ähnliche Aspekte erwähnt, so beispielsweise *weil ich noch keinen Asylentscheid erhalten habe, weil meine Wohnsituation schlecht ist* oder *weil ich nichts machen kann, nicht arbeiten, nichts verändern, meiner Familie nicht helfen kann*. Ebenfalls zeigt sich bei der Frage, was die PatientInnen zusätzlich gebraucht hätten bzw. brauchen würden, damit es ihnen besser ginge, ein deutliches Bild betreffend der Relevanz der genannten Aspekte. Die deutlich häufigsten Nennungen waren *Arbeit*,

---

<sup>43</sup> Siehe auch Kapitel 1.2 *Gesundheitszustand der MigrantInnen* und Kapitel 2.3 *Sozialberatung*

*Beschäftigung, Tagesstruktur* (12 Nennungen), *mit der Familie zusammen sein können* (12 Nennungen), *sicherer Aufenthaltsstatus* (9 Nennungen) sowie eine *eigene bzw. bessere Wohnung* (6 Nennungen). Die Themen Aufenthaltsstatus,<sup>44</sup> Arbeit, Familien- und Wohnsituation tauchten in vielen Antworten auf.

Dies zeigt einerseits die Grenzen der Psychotherapie und der multimodalen Behandlung unter diesen Umständen auf. So hat sich in der therapeutischen Erfahrung verschiedentlich gezeigt, dass bei PatientInnen, die durch die Psychotherapie eine psychische Stabilisierung erreicht haben, eine zusätzlich auftretende psychosoziale Belastung – so beispielsweise keine Arbeitsbewilligung oder ein negativer Asylentscheid – zu einer massiven psychischen Destabilisierung führte (persönliche Mitteilung J. Roth, Dezember 2011).

Andererseits finden sich durchaus Hinweise darauf und Beispiele dafür, wie besonders in den Bereichen Beschäftigung/Tagesstruktur und Familiensituation durch die Psychotherapie, Sozialberatung und die anderen Angebote Unterstützung angeboten werden kann. So beispielsweise durch den Einbezug von Familienangehörigen ins therapeutische Setting, Unterstützung durch Freiwillige, die der Familie bei alltäglichen Schwierigkeiten helfen, wie auch Deutschkurse, Bewegungsgruppen, Interkulturelle Gärten und weitere Angebote, die den PatientInnen Beschäftigung bieten und ihnen somit mehr Tagesstruktur ermöglichen.

Die hier vorgestellte Studie<sup>45</sup> gibt Hinweise darauf, wie wichtig die Psychotherapie und die multimodale Behandlung sind, dass aber auch multiple Kontextfaktoren wie Aufenthaltsstatus, Wohn-, Arbeits- und Familiensituation eine Rolle bei der Aufrechterhaltung der psychischen Beschwerden der PatientInnen spielen und auf den Behandlungsverlauf Einfluss nehmen. In der hier vorgestellten Studie wird trotz der Grenzen der erschwerenden, nicht beeinflussbaren Umstände das Potenzial des multimodalen Behandlungskonzepts der Sprechstunde für MigrantInnen ersichtlich, welches sich nicht nur auf die Verbesserung der Symptomatik der PatientInnen konzentriert, sondern auch auf die Gesamtsituation und die besonderen Lebensumstände der Betroffenen eingeht.

---

<sup>44</sup> Zum Thema Wichtigkeit des Aufenthaltsstatus für die psychische Gesundheit der Asylsuchenden wird auf die aktuelle Studie des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer AFK in Zürich verwiesen. Dort wurde bspw. die psychische Gesundheit von Asylsuchenden verglichen, welche sich entweder in einem laufenden Asylverfahren befinden, eine vorläufige Aufenthaltsbewilligung oder einen negativen Entscheid erhalten haben (Müller, Schmidt, Stäheli & Maier, 2010). Dabei werden die Problematik des langwierigen und unsicheren Asylprozesses und dessen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Asylsuchenden beleuchtet.

<sup>45</sup> Grenzen und Beschränkungen der hier vorgestellten Forschungsarbeit liegen einerseits im methodischen und statistischen Bereich. Andererseits enthält das Thema inhärente Beschränkungen, welche sich vorwiegend auf die multiplen Kontextfaktoren beziehen. Für eine ausführlichere Diskussion wird auf die Originalstudie (Nosetti, 2011) verwiesen.

## 4. Schlusswort

Das vorliegende Handbuch gab einen Einblick in das multimodale Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern, welches folgende Module beinhaltet: *Psychiatrische Abklärungen und ambulante Psychotherapie, Sozialberatung, Bewegungsgruppen, Psychoedukative Gruppe, Deutschkurs für MigrantInnen im Kontext der Psychiatrie, Unterstützung durch Freiwillige* sowie Vernetzung mit *Interkulturellen Gärten*. Ebenfalls ist der Übersetzungsdienst ein wichtiges Element. Anhand dieser verschiedenen Module setzt die Behandlung der Sprechstunde für MigrantInnen bei mehreren Aspekten an und berücksichtigt auch die besonderen Kontextfaktoren und Lebensumstände der PatientInnen. Das vorliegende Handbuch zeigte auch die Wirksamkeit des Behandlungskonzepts anhand einer eigens in der Sprechstunde für MigrantInnen durchgeführten Studie auf (Nosetti, 2011). Das vorliegende Handbuch berichtete ferner über den Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung und zeigte die aktuelle gesundheitliche Versorgungslage für MigrantInnen in der Schweiz auf. Dabei wurden die Fehlversorgung in Bezug auf die Migrationsbevölkerung sowie die Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem aufgezeigt. Davon ausgehend wurde auf die Notwendigkeit von migrationsspezifischen und transkulturell ausgerichteten Einrichtungen/Gesundheitsangeboten hingewiesen.

„Die psychiatrische Behandlung von Migranten ist ein politisches Minenfeld“ (Maier, 2007). Den politischen Umständen ausgeliefert zu sein, ist den psychisch kranken MigrantInnen, die in Institutionen wie der Sprechstunde für MigrantInnen behandelt werden, bekannt. Wenn PatientInnen wie auch PsychotherapeutInnen den oft nicht beeinflussbaren Kontextfaktoren wie Aufenthaltsstatus, Wohn-, Arbeits- und Familiensituation ausgeliefert sind, stösst die Behandlung an ihre Grenzen.

Trotz dieser Grenzen ist es wichtig und sinnvoll, dass spezialisierte Einrichtungen zur Behandlung psychisch kranker MigrantInnen bestehen, wie das vorliegende Handbuch aufgezeigt hat. Aus ethischer Sicht ist es unerlässlich, jeden Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden angemessen zu behandeln. Ferner wird mit Einrichtungen wie der Sprechstunde für MigrantInnen etwas gegen die Chancenungleichheit der Migrationsbevölkerung im Gesundheitswesen unternommen. Durch die Spezialisierung der Fachpersonen auf Psychotraumatologie und Asylwesen wird eine adäquate Behandlung gewährleistet. Der Einbezug von geschulten ÜbersetzerInnen erleichtert zudem den sprachlichen Zugang. Ferner bestätigen Forschungsergebnisse, dass die Behandlung psychisch kranker MigrantInnen, insbesondere auch von Asylsuchenden, trotz erheblich erschwerender Umstände eine Verschlechterung des Befindens im Vergleich zu unbehandelten PatientInnen verhindern kann (Birck, 2004). Auf einigen Symptomskalen – insbesondere Depressivität und Wohlbefinden als höchste Ergebnisse – können sogar positive Veränderungen erreicht werden (Nosetti, 2011). Die Behandlungsmodule werden von den PatientInnen als subjektiv hilfreich erlebt, wie den im vorliegenden Handbuch berichteten Antworten der Betroffenen entnommen werden kann. Die Antworten der PatientInnen weisen ferner darauf hin, dass sich die beeinflussbaren Lebensumstände der PatientInnen positiv verändert haben. So konnten beispielsweise Beschäftigungen und Tagesstruktur geschaffen, die familiäre Situation verbessert und die Deutschkenntnisse vertieft

werden. Es besteht eine grosse Behandlungsnachfrage, was an der Warteliste der Sprechstunde für MigrantInnen ersichtlich ist. Ebenfalls kann aus der Kostensicht argumentiert werden: Durch frühzeitige, ambulante, niederschwellige und adäquate Behandlung kann der Chronifizierung von psychischen Erkrankungen vorgebeugt und teure stationäre oder Notfallaufnahmen reduziert werden. Ferner stellen insbesondere die Gruppenangebote der Sprechstunde für MigrantInnen eine ressourcen- und kostensparende Möglichkeit dar, um vielen PatientInnen Unterstützung anzubieten.

Im vorliegenden Handbuch wird trotz der Grenzen der erschwerenden, nicht beeinflussbaren Umstände das Potenzial des multimodalen Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen ersichtlich, welches an verschiedenen Ansatzpunkten bei der Behandlung der PatientInnen ansetzt und auch auf die Gesamtsituation und die besonderen Lebensumstände der Betroffenen eingeht.

Abschliessend soll noch einmal kurz auf die Zitate in der Einleitung des vorliegenden Handbuchs eingegangen werden.<sup>46</sup> Das Zitat der Kurdin aus der Türkei zeigt einerseits die Dankbarkeit vieler PatientInnen, dass sie in der Sprechstunde für MigrantInnen Unterstützung erhalten, und andererseits die Begrenzungen der Behandlungsmöglichkeiten. Obwohl die Lebensumstände oft nicht in einem grossen Ausmass verändert werden können, kann den PatientInnen im Umgang mit ihren Schwierigkeiten geholfen werden. Die Aussage der Frau aus Somalia, die mit ihren Kindern in die Schweiz geflüchtet ist, zeigt auf, wie das multimodale Behandlungskonzept der Sprechstunde für MigrantInnen bei verschiedenen Aspekten im Leben der PatientInnen ansetzen kann, so beispielsweise indem Tagesstruktur, Beschäftigung und soziale Kontakte vermittelt werden. In diesem Sinne: hinter den Ergebnissen der hier vorgestellten Studie stehen viele verschiedene Menschen mit individuellen Geschichten – an dieser Stelle sollen diese gewürdigt werden.

---

<sup>46</sup> Siehe Kapitel 1 *Einleitung*

## 5. Literaturverzeichnis

- Abdallah-Steinkopff, B. (1999). Psychotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. *VERHALTENSTHERAPIE*, 9, 211–220.
- Amman, H. (2008). Begrifflichkeiten und deren Auswirkungen auf die Forschung am Beispiel des Freiwilligen-Monitors. In: Ammann, H., Hase, R., Jakobs, M. & Riemer-Kafka, G. (Hrsg.). *Freiwilligkeit. Ursprünge, Erscheinungsformen, Perspektiven* (S.19–35). Zürich: Seismo Verlag.
- Assion, H.-J. (2005). Migration und psychische Krankheit. In: Assion, H.-J. (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S.133–144). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Begher, F.-P. (2009). Sozialarbeit mit Migranten im Kontext der Psychotherapie. In: Erim, Y. (Hrsg.). *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bermejo, I., Berger, M., Kriston, L., Härter, M. (2009). Ist Patientenzufriedenheit in der stationären Depressionsbehandlung von der Qualität sprachlicher Deutschkenntnisse abhängig? *Psychiat Pra*, 36, 279–285. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 697–712. Canada.
- Bhugra, D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatr Scand*, 108 (418), 67–72.
- Birck, A. (2002). Folterüberlebende nach psychotherapeutischer Behandlung. Untersuchung ehemaliger Patienten zwei Jahre nach Therapieende. In: Birck, A., Pross, C. & Lansen J. (Hrsg.). *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S. 227–238). Berlin: Springer.
- Birck, A. (2004). Symptomatik bei kriegs- und folterüberlebenden Flüchtlingen, mit und ohne Psychotherapie. *BZFO. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (2), 101–109.
- Brucks, U. (2004). Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland. Migration und psychische Erkrankung. *Psychoneuro*, 30 (4), 228-231.
- Bundesamt für Gesundheit, BAG (Hrsg.) (2008). *Migration und Gesundheit. Bundesstrategie Phase II (2008-2013)*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit, BAG (Hrsg.) (2011a). *Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II)*. Schlussbericht und Medienmitteilung. Bern: BAG.
- Bundesamt für Migration, BFM (2010). *Migrationsbericht 2009*. Bern: BFM.
- Bundesamt für Migration, BFM (2011). *Asylstatistik 2010*. Bern: BFM.

Butler, J., Albrecht, N.-J., Elsässer, B., Gavranidou, M., Habermann, M., Lindert, J. & Weilandt, C. (2007). Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz*, 50: 1232–1239.

Clauer, J. & Heinrich, V. (1999). Körperpsychotherapeutische Ansätze in der Behandlung traumatisierter Patienten: Körper, Trauma und Seelenlandschaften. *Psychotherapie Forum*, 7, 75–93.

Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.). *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrieverlag.

De Shazer, S. (2003). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Deutsche Übersetzung von U. Stopfel. Stuttgart: Klett-Cotta.

Domenig, D. (2004). Transkulturelle Kompetenz – eine Querschnittsaufgabe. In: Departement Migration Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.). *Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 57-70). Zürich: Seismo Verlag.

Epstein, L. & Brown, L. B. (2002). *Aufgabenzentrierte, zeitlich befristete Beratung in der Sozialarbeit*. Luzern: Interact, Verlag für Soziales und Kulturelles.

Gavranidou, M. & Abdallah-Steinkopff, B. (2007). Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 353–361.

Gerritsen, A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L., Hovens, J. & van der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 18–26.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. 5. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Haenel, F. (1997). Spezielle Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. *Systema* 2, 11. Jahrgang, 136–144

Hegemann, T. (2010). Transkulturelle Kommunikation und Beratung. Die Kompetenz, über kulturelle Grenzen hinweg Kooperation herzustellen. In: Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.). *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrieverlag.

Herman, J. (2006). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. 2. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.

Hüther, G. (2006). Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In: Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (Hrsg.). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (S.73-97). Bern: Hogrefe.

Iten, K. (2010). *Konzept der Sozialberatung an der Sprechstunde für MigrantInnen UPD Bern*.

Unpubliziertes Konzept.

Jossen, A., Roth, J. & Sauser, A. (2009). *Bewegungsgruppentherapie für psychisch kranke MigrantInnen. Konzeptuelle Überlegungen, theoretische Grundlagen, Evaluation und konkrete Umsetzungshilfen*. Zürich: Seismo Verlag.

Jossen, A. (2008). *Zwischenbericht betreffend psychosoziale und psychoedukative Dienstleistungen an der Sprechstunde für MigrantInnen UPD Bern*. Unpublizierter Bericht.

Jossen, A. (2010a) *Zwischenbericht betreffend Deutsch für MigrantInnen im Kontext der Psychiatrie*. Unpublizierter Bericht.

Jossen, A. (2010b). Projekteingabe beim Bundesamt für Gesundheit (BAG). *Ambulante Behandlung von psychisch kranken MigrantInnen – ein interdisziplinäres, kostengünstiges und überprüftes Behandlungskonzept*. Unpublizierter Bericht.

Karcher, S. & Tschiesche-Zimmermann, C. (2002). „Wir sitzen alle in einem Boot“ Erfahrungen mit Gestaltungstherapie und konzentrativer Bewegungstherapie als handlungsorientierte Therapiemethoden innerhalb einer interkulturellen Frauengruppe. In: Birck, A., Pross C. & Lansen J. (Hrsg.). *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin*. Springer. 123–141.

Keilson, H. A. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. *Forum der Psychiatrie*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Kirmayer, L. J. (1996). Confusion of the senses: implications of the ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. In: Marsella, A. J., Friedman, M. J., Gerrity, E. T. & Scurfield R. M. (Hrsg.). *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder : Issues, research, and clinical applications* (S.131–163). Washington, DC: American psychological association APA.

Kissling, P. (2007). *Bericht über die Fussballgruppe für Männer der Sprechstunde für MigrantInnen vonseiten des therapeutischen Co-Leiters, Dr. med. P. Kissling*. Unpublizierter Bericht.

Kläui, H. (2006). Medikalisierung sozialen Leidens: Erfahrungen aus der Praxis. In: Van Eeuwijk, P. & Obrist, B. (Hrsg.). *Vulnerabilität, Migration und Altern. Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis* (S.149–165). Zürich: Seismo Verlag.

Knaevelsrud, C. & Liedl, A. (2007). Entwicklung eines Manuals einer psychoedukativen Gruppentherapie für traumatisierte Flüchtlinge. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 39 (1), 75–85.

Koch, E. (2005). Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten. In: Assion, H.-J. (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S.167–186). Heidelberg: Springer.

Levine, P. A. (1998). *Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit,*



*traumatische Erfahrungen zu transformieren.* Essen: Synthesis.

Liedl, A., Schäfer, U. & Knaevelsrud, C. (2010). *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen.* Stuttgart: Schattauer.

Loncarevic, M. (2001). Migration und Gesundheit. In: Domenig, D. (Hrsg.). *Professionelle transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe* (S.61–85). Bern: Huber.

Maier, T. (2007). *Flucht essen Seele auf.* Artikel der Sonntagszeitung vom 5.8.2007

Maurer, Y. (1993). *Körperzentrierte Psychotherapie.* Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Meyer, K. (Hrsg.) (2008). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008.* Bern: Huber.

Müller, C. (2002). *Wurzeln schlagen in der Fremde, Internationale Gärten und ihre Bedeutung für Integrationsprozesse.* München: oekom Verlag.

Müller, J., Schmidt, M., Stäheli, A. & Maier T. (2010). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *European Journal of Public Health, July 2010, 1–6.*

Nosetti, L. (2009). *Interkulturelle Gärten. Broschüre.* Berlin: Eigenverlag.

Nosetti, L. (2011). *Interdisziplinäre Behandlung psychisch kranker MigrantInnen – eine Wirksamkeitsstudie. Beschreibung und Wirksamkeitsprüfung des Behandlungskonzepts der Sprechstunde für MigrantInnen der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern.* Unveröffentlichte Masterarbeit. Institut für Psychologie der Universität Bern.

Ollech, A. (2002). Wir sind hier total aufgeschmissen! - Subjektive Krankheits-, Problem- und Therapievorstellungen extremtraumatisierter Flüchtlinge im Exil. In: Birck, A., Pross, C. & Lanser, J. (Hrsg.). *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S.17–29). Berlin: Springer.

Paunovic, N. & Öst, L.-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy, 39, 1183–1197.*

Petersen, F. (2007). *Interkulturelle Gärten in Berlin.* Berlin: Informationsbroschüre: *Beauftragte des Berliner Senats für Integration und Migration.*

Petzold, H. (1999). Body narratives – Traumatische und Posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie 1-2, 4–30.*

Petzold, H., Wolf, H. U., Landgrebe, B., Josic, Z. & Steffan, A. (2000). Integrative Traumatherapie - Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. In: Van der Kolk, B., McFarlane, A. & Weisaeth, L. (Hrsg.). *Traumatic Stress – Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 445–579). Paderborn: Junfermann Verlag.

Priller, E. (2008). Zivilgesellschaftliches Engagement im europäischen Vergleich. In: Ammann, H., Hase, R., Jakobs, M. & Riemer-Kafka, G. (Hrsg.). *Freiwilligkeit. Ursprünge, Erscheinungsformen, Perspektiven*. Zürich: Seismo. S. 51–70.

Pross, C. (2004). Burnout und stellvertretende Traumatisierung. In: Haenel F. & Wenk-Ansohn M. (Hrsg.). *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren*. Basel: Beltz Verlag.

Reddemann, L. (2008). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. 5. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Roth, J. (2007). *Psychisch kranke Migranten. Eine explorative Untersuchung zu Symptombelastungen, Bewältigungsstrategien, Behandlungserwartungen und Krankheitserklärungen von psychisch kranken Migranten*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Institut für Psychologie der Universität Bern.

Roth, J. (2011). Drei Fragen an Janis Roth, Psychologin FSP. *Psychoscope 3/2011, Vol. 32*, 32.

Rothschild, B. (2002). *Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung*. Essen: Synthesis.

Sabbioni, M. & Salis Gross, C. (2006). Die migrationsspezifische Anamnese. In: Van Eeuwijk, P. & Obrist, B. (Hrsg.). *Vulnerabilität Migration und Altern, Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis* (S.166-201). Zürich: Seismo Verlag.

Salman, R. (2001). Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. In: Domenig, D. (Hrsg.). *Professionelle Transkulturelle Pflege*. Bern: Hans Huber.

Schaeffer, E. (2004). Tanz- und Bewegungstherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2 (2).

Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*. 52(2), 87–96.

Sluzki, C. E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.). *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrieverlag.

Stark, W. (1996). *Empowerment: neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Statistik der Sprechstunde für MigrantInnen, März 2011

Staub-Bernasconi, S. & Hollstein-Brinkmann, H. (Hrsg.) (2005). *Systemtheorien im Vergleich: was leisten Systemtheorien für die soziale Arbeit?* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Svejda-Hirsch, L. & Streb, P. (2009). Kulturwechsel und Erkrankung – von Unterschieden und Gemeinsamkeiten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 90, 41.

Ünal, H. (2009). Psychotherapie mit Flüchtlingen und Folterüberlebenden. In: Erim, Y. (Hrsg.) *Klinische interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Von Cranach, M. (2008). Freiwilligkeit, Altruismus oder Egoismus? Zur Sozialpsychologie der individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung der Freiwilligkeit. In: Ammann, H., Hase, R., Jakobs, M. & Riemer-Kafka, G. (Hrsg.). *Freiwilligkeit. Ursprünge, Erscheinungsformen, Perspektiven* (S.137–149). Zürich: Seismo.

Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank?* Zürich: Seismo Verlag.

Werner, K. (2008). *Interkulturelle Gärten als Sozialräume der Mikro-Integration*. Skripte zu Migration und Nachhaltigkeit, 6, Stiftung Interkultur, München.

Winter, L. B. (2004). *Möglichkeiten der Behandlung von Patienten mit Folgeerkrankungen nach psychischer Traumatisierung. Eine Literaturübersicht*. Inaugural Dissertation Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau. Unveröffentlichtes Manuskript.

### **Internetquellen**

[www.healthhospitals.ch](http://www.healthhospitals.ch)

[www.kkf-oca.ch](http://www.kkf-oca.ch)

[www.transkulturelle-kompetenz.ch](http://www.transkulturelle-kompetenz.ch)

## 6. Anhang: Graphische Darstellung des multimodalen Behandlungskonzepts der Sprechstunde für MigrantInnen



Graphische Darstellung des multimodalen Behandlungskonzepts der Sprechstunde für MigrantInnen der UPD Bern (hellgrün markiert sind Module, die extern stattfinden sowie der Übersetzungsdienst, der kein eigenes Modul darstellt)

\* Der Übersetzungsdienst wird für folgende Module eingesetzt: Psychiatrische Abklärungen und Psychotherapie, Sozialberatung, Psychoedukative Gruppe für traumatisierte Frauen.



Mehrere Studien zeigen, dass eine Unterversorgung der ausländischen PatientInnen im Vergleich zu den einheimischen PatientInnen im ambulanten psychiatrischen Bereich besteht. MigrantInnen wenden sich mit ihren Beschwerden meist an somatische ÄrztInnen und werden oft erst sehr spät an psychiatrische Fachleute weiterverwiesen, so dass dann oft bereits eine Chronifizierung ihrer psychischen Erkrankung vorliegt. Hohe Kosten für das Gesundheitssystem und geringere Rehabilitationschancen sind die Folgen.

Zur Förderung der Chancengleichheit betreffend Zugang zum Gesundheitssystem ist es notwendig, in der Schweiz vermehrt ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Angebote aufzubauen, welche auf den Aspekt der Migration spezialisiert sind.

Die Sprechstunde für MigrantInnen der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) bietet ein niederschwelliges, ambulantes, multimodales Behandlungskonzept für psychisch kranke MigrantInnen, und insbesondere auch für Asylsuchende und traumatisierte MigrantInnen an. Durch den Einsatz verschiedener Module kann die Behandlung der PatientInnen je nach individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten unterschiedlich ansetzen. Durch den Einbezug von geschulten ÜbersetzerInnen wird der sprachliche Zugang erleichtert. Insbesondere Gruppenangebote stellen eine ressourcen- und kostensparende Möglichkeit dar, vielen PatientInnen Unterstützung anzubieten.

Das vorliegende Handbuch gibt Einblick in ein bewährtes Behandlungskonzept und regt zur Nachahmung an.

## **Impressum**

© Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) und Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Herausgeber:

Kooperation zwischen Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) und Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Publikationszeitpunkt:

April 2012

Autorinnen:

Laura Nosetti & Anja Jossen

Layout:

Silversign GmbH, visuelle Kommunikation, Bern

Bezugsquelle:

Sprechstunde für MigrantInnen, Murtenstrasse 21, 3010 Bern

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer Sprache