

**ZUR INTEGRATIVEN
GESTALT THERAPIE IM
INTERKULTURELLEN
PSYCHOTHERAPIEBEREICH**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang „Psychotherapie“

Fachspezifikum / Integrative Gestalttherapie

von

Zlatka Maria Vlasich-Melisits, Großwarasdorf /Veliki Borištof

Department für Psychosoziale Medizin und
Psychotherapie

an der Donau-Universität Krems

Krems, 28. 4. 2011

DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

mojoj obitelji - meiner Familie

Ivana, Julian, Konstantin und Joško -

mit besonderem Dank an

Joško Vlasich und Enrice Purkarthofer.

Abstract

Ist eine kulturübergreifende Anwendbarkeit der Integrativen Gestalttherapie im interkulturellen Psychotherapiebereich gegeben? Diesem komplexen Thema widmet sich die Arbeit mehrperspektivisch vertiefend durch Reflexion der Theorie der Gestalttherapie und durch kritische Auseinandersetzung mit den Erfahrungen in einer interkulturellen psychotherapeutischen Praxis. Der eigene biografische Zugang erleichtert die Bildung einer interkulturellen therapeutischen Kompetenz: Angehörige österreichischer Volksgruppen (Burgenlandkroatin) wissen darüber gut Bescheid. Die Arbeit in interkulturellen psychotherapeutischen Flüchtlingsprojekten (Folter- und Kriegsoffer) erfordert nicht nur Kultursensitivität und transkulturelle Kenntnisse der Beurteilung psychischer Störungen sowie der Besonderheiten des Einsatzes von DolmetscherInnen, sondern vor allem auch die individuelle Beantwortung einer berufsidentitätsstiftenden Frage: Ist psychotherapeutische Arbeit auch eine politische?

Keywords: Interkulturalität – Historischer Kontext und Identität der Integrativen Gestalttherapie - psychotherapeutische Flüchtlingsprojekte - politisch motivierte Traumata - sprachliche Aspekte interkultureller psychotherapeutischer Praxis

Can Integrative Gestalt Therapy be applied in the field of cross cultural psychotherapy? The diploma thesis is dedicated to this complex question, using a multi-perspective approach by a reflection of the theory of Gestalt Therapy and the critical examination of the author's experiences in her intercultural psychotherapeutical practice. The author's biography facilitates the development of intercultural therapeutic competence: members of Austrian minority groups in the province of Burgenland are on familiar ground with this topic. Working in cross-cultural psychotherapy projects dealing with refugees (victims of torture and war) not only requires cultural sensitivity, experiences in the assessment of mental disorders within a cross-cultural context and specific knowledge of the peculiarities in the use of interpreters, but also asks for the personal answer to a question that forms her professional identity: Has psychotherapeutic work at the same time a political dimension?

Key words: interculturality - historical context and identity of Gestalt therapy – psychotherapeutical refugee-projekts – politically motivated traumata - speech aspects in intercultural psychotherapeutical practice

„Ach, du machst jetzt in Tschuschentherapie?“ ,
fragte mich ein Kollege.
„Ja“ ,
antwortete ich mit leisem Stolz,
„ich mach` jetzt in Tschuschentherapie!“

September 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	
1.1. Themen , die polarisieren.....	4
1.2. Persönliches samt Historie	5
1.3. Zwischen den Stühlen	8
2. Arbeitsfelder im interkulturellen Psychotherapiebereich	10
2.1. Begriffe und Fakten	10
2.1.1. Flüchtlinge, Asylansuchende, Grundversorgung	13
2.1.2. MigrantInnen / ImmigrantInnen	13
2.2. Zwei psychotherapeutische Projekte für Flüchtlinge: OASIS und MIP	14
2.3. Psychotherapia Pannonica – Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft.....	18
3. Interkulturalität und Integrative Gestalttherapie	20
3.1. Interkulturalität und Migration	20
3.2. Historischer Hintergrund der Gestalttherapie	23
3.2.1. Lore und Friedrich S. Perls als Flüchtlinge	23
3.2.2. Paul Goodmans Exil	25
3.3. Geschichte und Identität	26
3.3.1. Modelle gestalttherapeutischen Erkennens – eine Handlungsanleitung für den interkulturellen Therapiebereich	27
3.3.2. Das Menschenbild der Gestalttherapie – eine Handlungsanleitung für die politische interkulturelle Praxis	29
4. Aspekte der interkulturellen psychotherapeutischen Praxis	33
4.1. Kultursensitive Aspekte	33
4.1.1. „Look I am a foreigner“ (cit. nach <i>Fritz Morgenthaler</i>)	36
4.1.2. „I am muslim, don't panic“ (Aufdruck auf einem T-Shirt aus Bosnien)	40
4.2. Beurteilung psychischer Störungen in einer interkulturellen Praxis	44
4.2.1. Reflexionen zur Posttraumatischen Belastungsstörung	46
4.2.2. Reflexionen zu politisch motivierten Traumata	50

4.3. Sprachliche Aspekte	62
5. Zusammenfassung	68
6. Literaturverzeichnis	70

1. Einleitung

1.1. Themen, die polarisieren

Migration, Integration, Gastarbeiterin*, Fremdarbeiter*, Asylantin*, Wirtschaftsflüchtling, Xenophobie, Diskriminierung, Fremdenhass, Arbeitsplatz, Einwanderungsgesetz etc. – alles Begriffe, die sich nicht nur in Österreich dazu eignen, emotionsgeladene Diskussionen in Gang zu bringen (vgl. Skala, 2008,10).

Die vorliegende schriftliche Arbeit will ihren Beitrag dazu leisten, das in der interkulturellen therapeutischen Praxis Erfahrene durch Reflexion und kritische Auseinandersetzung jenen Kolleginnen zur Verfügung zu stellen, die eine vertiefende Diskussion über dieses komplexe Thema wünschen.

Die beraterisch-therapeutische Arbeit mit Migranten sei anspruchsvoll, meint Andrea Lafranchi (Gestalttherapie, Heft 2/2008, 82), und selbst unter den günstigsten Umständen sei die Migration ein traumatisches Ereignis, betont Salman Akhtar (2007, 20). Beide Zitate geben zum Teil die Motivation für meine psychotherapeutische Arbeit im interkulturellen Bereich wieder.

Zum einen ist es die Notwendigkeit eine interkulturelle Kompetenz auszubilden, die die Möglichkeit eines kulturellen, religiösen und sprachlichen Missverständnisses reduziert, zum anderen ist es die Herausforderung mit Hilfe der Gestalttherapie („...es ist in dieser Arbeit beinahe unabdingbar, die gängigen Annahmen und Bedeutungen in Frage zu stellen und stellen zu lassen...“ (Becker, 2008, 1)) diesen neuen psychosozialen Faktoren, psychischen Phänomenen und Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft gewachsen zu sein.

1.2. Persönliches samt Historie

Es scheint mir sinnvoll, um die persönliche Dimension meines Interesses an diesem Thema zu verstehen, einen kurzen Abriss der Geschichte der Burgenlandkroaten verflochten mit der Gegenwart voranzustellen.

* Aus Gründen der Lesbarkeit sei bei jeder maskulinen oder femininen Wortbildung die jeweils andere mitgedacht.

Migration ist so alt wie die Menschheit selbst. Laut León Grinberg und Rebeca Grinberg (1990, 1) waren Adam und Eva die ersten Migranten, die auf der Suche nach Erkenntnis von der verbotenen Frucht des Baumes genossen und dafür mit der Vertreibung (Exil) aus dem Paradies bezahlt haben. Ursachen und Beweggründe für Migration sind einerseits vielfältig und andererseits gleichen sie sich soziopolitisch und –historisch. Die Migrationsgründe der Burgenlandkroaten im 16.Jhd verglichen mit denen jetziger Migrantinnen, sowohl auf individueller Ebene als auch als Gruppenmerkmal, sind auf wirtschaftlichen und/oder humanitären Problemfeldern gewachsen. Diese sind auch ausschlaggebend für den nachfolgenden gelungenen oder krisenhaften Migrationsprozess. Widerstände gegen die „Fremden“ sind auch kein Novum.

Ja sam Gradišćanska Hrvatica. / Ich bin Burgenland-Kroatin.

Die Burgenlandkroaten sind die zahlenmäßig größte anerkannte Volksgruppe in Österreich. Die kroatische Minderheit (eine Bezeichnung, die den Begriff „minderer“ impliziert und daher von Volksgruppenangehörigen ungerne verwendet wird) im Burgenland (kroatisch: "Gradišćanski Hrvati") wurde im 16. Jahrhundert im Grenzgebiet der heutigen Staaten Österreich, Ungarn und der Slowakei angesiedelt. Kerngebiet des Siedlungsgebietes waren das damalige Westungarn (das heutige Burgenland) und der östliche Teil Niederösterreichs. Heute leben in diesen Gebieten je nach Schätzung ca. 40.000 bis 50.000 Personen mit kroatischen Sprachkenntnissen, die Mehrzahl von ihnen im heutigen Burgenland und in Wien.

Die "alte Heimat" der Burgenlandkroaten liegt im Grenzgebiet zwischen dem heutigen Kroatien und Bosnien-Herzegovina. Nach einer Wirtschaftskrise im ausgehenden Mittelalter, nach zahlreichen Epidemien und den Türkenzügen (1529, 1532) war ein großer Teil der damaligen westungarischen Landstriche verödet und verwüstet. Die Umsiedlungsaktionen und Flüchtlingsströme kroatischer Leibeigener aus den südlichen Besitzungen zur Kolonisierung des westungarischen Raumes wurden in mehreren Schüben von den Grundherren (vor allem den Adelsfamilien Nádasdy, Erdödy und Batthyány) organisiert. Mitte des 16. Jahrhunderts regte sich Widerstand gegen die "Fremden". Kaiser Maximilian II. erließ 1573 eine Geheimverfügung, die eine allgemeine rechtliche Diskriminierung der kroatischen Untertanen verfügte (<http://www.hrvatskicentar.at>, 2010; <http://www.kuga.at>, 2010).

„An den Universitäten sind immer noch viele Autoritäten der Meinung, dass die subjektive Bewegtheit der AutorInnen - oder mit leicht spöttischem Unterton: ihre ‚persönliche Befindlichkeit‘ - in den Abschlussarbeiten und Publikationen nichts zu suchen hat“ (Ottomeyer, Preitler, Spitzer (Hg.), 2010, 11). Doch wer Fremde verstehen will, wer es mit Menschen zu tun hat, die einer fremden Kultur angehören und zudem traumatisiert sind, wird sich auf zwei Pole der Erfahrung einlassen müssen: die eine Position des Fremden („Look, I am a foreigner“ – Kap.4.1.1.), die immer auf eine andere (lebensgeschichtlich früher angelegte) Position bezogen bleibt, andererseits die der unbewussten oder vorbewussten Anpassung oder Assimilation. An einer besonders perfekten Assimilation ist die Ausgrenzungsangst im besonderen Ausmaß beteiligt. Und Kinder aus Minderheitenfamilien wissen gut darüber Bescheid (vgl. Ottomeyer, Preitler et al., 2010, 9)!

Aktuelle Meldungen in den österreichischen Tagesmedien häufen sich und zeugen von der politischen Brisanz und Kontroverse, die die Themen rund um Migration und Asyl auslösen: Ist die Verschärfung der Asylgesetze mit Aufenthaltsverpflichtung für Flüchtlinge innerhalb unserer österreichischen Verfassung oder doch verfassungswidrig? Neue Richtlinien für willkommene Zuwanderer mit „Rot-Weiß-Rot-Card“ und wohin mit den unerwünschten Analphabeten? Familienzuzug ja /nein? Die Abschiebung nach dem „Dubliner Abkommen“ Anfang der 1990-er Jahre in ein EU-Erstantragsland hat eine unverhältnismäßige Überbordung von AsylwerberInnen an der europäischen Peripherie und die Hinnahme jährlich tausender Ertrunkener an den Küsten des Mittelmeeres zur Folge! Die Rückführung bestintegrierter Familien in die Heimatländer (bekanntester Fall in OÖ: Fam. Zogaj aus dem Kosovo) ruft Proteste namhafter NGO´s hervor, denen es nicht nur um diese Einzelfälle geht, sondern die insgesamt auf die problematische Situation im Bereich Asyl, Bleiberecht, Zuwanderung im Allgemeinen aufmerksam machen möchten.

Die Aktualität dieser Zeilen ist nach zwei Monaten, in denen ich meine schriftliche Arbeit fortsetze, nicht mehr gegeben – neue Fälle, neueste Entwicklungen, wie Inhaftierung von Kindern in Schubhaft und daraufhin massive Proteste seitens der Zivilgesellschaft, scheinen ein teilweises Einlenken auf die Forderungen der NGO's zu ermöglichen.

Niemanden lässt der/die/das „Fremde“ kalt. Nicht damals im 16. Jhd., nicht heute!
Es sind ein gesamtgesellschaftlicher Diskurs und politische Antworten gefordert.
In den folgenden Beiträgen versuche ich mit Hilfe meiner Ausbildung sowie der erlernten Selbstreflexion und der Metakommunikation in Supervision, mich antwortend jenen Fragen zu nähern, die erst durch das Be-Fremde-nde ausgelöst werden.

1.3. Zwischen den Stühlen

„Dort bin ich Aurelia, hier bin ich Zlatka“ übertiteln 2008 Brigitta und Thomas Busch in der Publikation „Von Menschen, Orten und Sprachen. Multilingual leben in Österreich“ mein ergänzend zum sprachbiographischen Gespräch gezeichnetes „Sprachenporträt“(1).

„Bis zu meinem zehnten Lebensjahr war ich in einer rein kroatischen Umgebung. Zu Hause wurde kroatisch gesprochen und erst in der Volksschule habe ich den ersten Kontakt zur deutschen Sprache gehabt – sehr marginal“. „...dann, mit zehn Jahren, bin ich in eine ausschließlich deutsche Umgebung gekommen. Und dann hat es sich total gewandelt, umgedreht. Ab dann ist alles deutschsprachig geworden, wirklich alles“ (Busch, B. und Th., 2008, 40f.).

Ich bin mütterlicherseits Burgenlandkroatin, väterlicherseits deutschsprachige Österreicherin. Eine Zweiteilung, die ich lange Zeit so empfunden habe, durch das Sprachenporträt gut verdeutlicht. Nicht da und nicht dort zugehörig. Eben dazwischen. Zwischen den Stühlen.

Ich spreche burgenlandkroatisch. Muttersprache, Erstsprache, Volksgruppensprache.
Ich spreche deutsch. Zweitsprache, Fremdsprache, Mehrheitssprache, Staats -
sprache.

(1) Sprachenporträts: In unterschiedlichen Farben werden in die Silhouette eines menschlichen Körpers die Sprachen eingezeichnet, mit denen man es im Laufe des Lebens zu tun hatte – oder noch zu tun haben möchte. Sprachenporträts vermögen oft Aspekte zum Vorschein zu bringen, die im Erzählen so nicht zur Sprache kommen (ibid., 19).

Man kann Sprachen nach Kategorien aufteilen und behandeln. Die sprechenden Subjekte ebenfalls. Und so wird Sprache zu Barriere, die Kontaktzugänge nicht öffnet, sondern verschließt.

„...und das Spiel mit den Worten der fremden Sprache bringt auf den Punkt, worum es darüber hinaus geht: ‚Gewiss, ich bin sehr happy: Doch glücklich bin ich nicht‘ (Becker, 2008, cit. Mascha Kaléko). Um die Sprache nämlich, die gut beherrscht noch längst kein Garant für Zugehörigkeit darstellt“ (Gestalttherapie, Heft 2 /2008, 1).

Ich bin mehrsprachig. Seit Feber 2008 ist die Änderung meines Namens auf Zlatka amtlich.

2. Arbeitsfelder im interkulturellen Psychotherapiebereich

2.1. Begriffe und Fakten

Begriffsklärungen, Darstellungen von Fakten, Informationen über Zahlen und Zahlungen, die den Bereich des interkulturellen psychotherapeutischen Feldes betreffen, werden nur so weit ausgedehnt, als für das Verständnis der nachfolgenden Kapitel dieser erweiterte Rahmen für unbedingt notwendig erachtet wird. „Bei einer Figur, die Element eines prozeßhaften, eines geschichtlichen Geschehens ist, ergibt erst der Hintergrund in seiner historischen Dimension die Tiefenschärfe, die dieser Figur ihren Sinn und ihre Bedeutung verleiht“ (Höll, 2001, 514).

Malcolm Parlett (2001, 288) schreibt in seinem Artikel „Feldtheoretische Grundlagen gestalttherapeutischer Praxis“ über „Perspektivenerweiterung für das therapeutisch Relevante“ folgendes: „Die Perspektive des einheitlichen Feldes kann die Praktiker auch für politische Fragen sensibilisieren. Die Politik, die Umgebung und soziale Zwänge beeinflussen die Menschen, mit denen Therapeuten und Organisationsberater ständig arbeiten“. Und weiter meint er, dass die Begründer der Gestalttherapie den weiteren politischen und gemeinschaftlichen Kontext nie aus dem Auge verloren (ibid., 291). Statt dessen, so glaubt M. Parlett, würden sie sich für umfassendere Fragen unserer Zeit interessieren.

2.1.1. Flüchtlinge, Asylansuchende, Grundversorgung

Als Flüchtlinge gelten rechtlich im Sinn der Genfer Flüchtlingskonvention nur Personen, die aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihrer Religion, ihrer politischen Überzeugung oder aufgrund besonderer sozialer Merkmale (z.B.: Homosexualität) einer erheblichen Verfolgung (z.B.: Freiheitsentzug, Folter, Tod) ausgesetzt sind und deshalb ihr Herkunftsland verlassen mussten.

AsylwerberInnen („Asylanten“ ist zunehmend von einem neutralen zu einem abwertenden Begriff geworden) sind Menschen, die in einem anderen Land Schutz vor Verfolgung suchen und sich dabei auf die Bestimmungen der Genfer Flüchtlingskonvention, die Anspruch auf Asyl vorsehen, berufen. In einem eigenen

Verfahren, dem Asylverfahren, wird die Flüchtlingseigenschaft von Asylansuchenden geklärt. Wird diese bestätigt, so gelten diese Personen als Asylberechtigte.

Die Zahl der Asylanträge ist in den letzten Jahren stark rückläufig.

Asylanträge per 01.08.2010

Monat	2010	Vorjahr	Differenz
Jänner	799	1.212	- 34,08%
Feber	794	1.244	- 36,17%
März	875	1.313	-33,36%
April	761	1.190	- 36,05%
Mai	911	1.225	- 25,63%
Juni	902	1.298	- 30,51%
Juli	908	1.367	- 33,58%
Summe	5.950	8.849	-32,76%

Tab.1 (Quelle: Asylstatistik Juli 2010 des Bundesministeriums für Inneres, Sektion III)

Während des Asylverfahrens werden AsylwerberInnen im Rahmen der Grundversorgung untergebracht und gepflegt. Die Grundversorgungsvereinbarung ist eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern. Die Kosten dafür teilen sich der Bund und die Länder im Verhältnis 60:40 auf. Im Sinne dieses Bundesgesetzes ist eine Betreuungsstelle jede außerhalb einer Erstaufnahmestelle (Traiskirchen (NÖ), Thalhamm (OÖ)) gelegene Unterbringung, in der die Versorgung der Grundbedürfnisse eines Asylwerbers faktisch gewährleistet wird.

Um gezielten Fehlinformationen über die Höhe von Unterstützungsleistungen für AsylwerberInnen entgegenzutreten, wurden mehrere Stellungnahmen bezüglich dieser Thematik von NGO's u.a. vorbereitet. Im folgenden bringe ich einige Berechnungsbeispiele der AK und Volkhilfe OÖ, da die Einrichtung OASIS, in der ich tätig war, die Psychotherapie der Flüchtlinge in OÖ organisiert.

Die Leistungen der Grundversorgung sind seit ihrer Einführung 2004 gleich geblieben, wurden also nicht valorisiert, d.h. es erfolgte kein Inflationsausgleich.

Eine Darstellung der Arbeiterkammer OÖ und der Volkshilfe OÖ, Stand März 2009:
„Gegenüberstellung von angeblichen Zahlungen an AsylwerberInnen und Leistungen an österreichische Familien. Unwahrheiten, die richtig gestellt werden müssen“ cit.
auf [http:// www.asyl.at/](http://www.asyl.at/) / des Vereines Asylkoordination Österreich (2010):

Möglichkeit 1: eine Asylwerberfamilie mit drei Kindern ist in einem Gasthaus oder Flüchtlingslager in Mehrpersonenzimmern untergebracht (AsylwerberInnen haben keinen Einfluss darauf, in welchem Bundesland und in welchem Quartier sie untergebracht werden). Der Herbergsbetrieb erhält ein Taggeld für Unterbringung und Verpflegung der AsylwerberInnen. AsylwerberInnen erhalten pro Monat ein „Taschengeld“ von € 40. Davon sind Hygieneartikel, Windeln, Seife, oftmals auch das WC-Papier oder bei Frauen Binden, etc. zu bezahlen.
40 € pro Person mal 5 = 200 € monatlich für eine fünfköpfige Familie

Möglichkeit 2: eine Asylwerberfamilie mit drei Kindern ist in einem sogenannten „Selbstversorgungsquartier“ der Volkshilfe oder der Caritas untergebracht. Die AsylwerberInnen erhalten statt der Verköstigung „Essensgeld“. Dies beträgt bei Erwachsenen monatlich € 150, bei Minderjährigen € 110. Ebenfalls von diesem „Essensgeld“ zu bezahlen sind teilweise die Hygieneartikel, da in dieser Unterbringungsform kein Taschengeld ausbezahlt wird!
2 mal 150 € + 3 mal 110 € = 630 € monatlich für eine fünfköpfige Familie

Bei beiden Unterbringungsformen (1 und 2) sieht das Gesetz noch folgende Unterstützungen vor:

Bekleidungshilfe: max. 150 € pro Jahr als Höchstgrenze (es besteht kein Rechtsanspruch auf Auszahlung der Summe in dieser Höhe).

In OÖ erhalten AsylwerberInnen Gutscheine, etwa von Second-Hand-Läden, statt Bargeld.

Schulbedarf: max. Höchstgrenze 200 €. Hier wird versucht die Abwicklung direkt über die Schule zu organisieren, d.h. die Schule verwaltet das Geld.

Die AsylwerberInnen erhalten in diesem Fall kein Bargeld.

Freizeitaktivitäten: die Höchstgrenze von 10€ monatlich wird bei weitem nicht ausgenützt. Es wird ebenfalls kein Bargeld ausbezahlt.

Möglichkeit 3: die Asylwerberfamilie zieht in eine Privatwohnung. Die 5-köpfige Familie erhält einen maximalen Zuschuss pro Monat von 220 € für Miete und Betriebskosten. Erwachsene einen Essenzuschuss von 180 €, Minderjährige 80 €. (Zu bezahlen ist die gesamte Miete, Betriebskosten, Essen und sonstige Lebenshaltungskosten.)
Ergibt gesamt 820 € monatlich für eine fünfköpfige Familie.

(Quellen: AK OÖ, Grundversorgungsvereinbarung des Landes OÖ, Sozialratgeber des Landes OÖ, Volkshilfe Flüchtlings- und MigrantInnenbetreuung OÖ)

2.1.2. MigrantInnen / ImmigrantInnen (Im Deutschen ist der Begriff „Migration“ geläufiger und impliziert sowohl Aus- als auch Einwanderung)

MigrantInnen sind Personen, die ihren ständigen Wohnort verlassen, um sich an einem anderen Ort für längere Zeit niederzulassen. BinnenmigrantInnen ziehen innerhalb der Grenzen eines Staates, jedoch handelt es sich in meiner Arbeit vorwiegend um MigrantInnen, die nationale Grenzen überschreiten. Migration kann freiwillig oder erzwungen stattfinden, und so ist die Trennlinie zwischen Flüchtlingen und MigrantInnen nicht scharf zu ziehen. Im Alltagssprachgebrauch wird unter Migration vorrangig ein freiwilliger Wechsel des Aufenthaltsortes verstanden.

Im Durchschnitt des Jahres 2009 lebten rund 1,468 Millionen Personen (17,8%) mit Migrationshintergrund (Eltern sind im Ausland geboren) in Österreich. Davon sind rund 1,083 Millionen selbst im Ausland geboren. Knapp 386.000 Personen sind in Österreich geborene Nachkommen von Eltern mit ausländischem Geburtsort und werden daher auch als „zweite Generation“ bezeichnet.

Unter den Personen mit Migrationshintergrund stammte ein Drittel (487.000 Personen) aus anderen EU-Staaten, zwei Drittel (981.000 Personen) kamen aus Drittstaaten. Mit 496.000 waren Personen aus den jugoslawischen Nachfolgestaaten die größte Gruppe, gefolgt von rund 248.000 Personen mit türkischem Migrationshintergrund (Quelle: das Statistische Jahrbuch für Migration & Integration 2010 vorgelegt von der Statistik Austria).

Bevölkerung nach Migrationshintergrund 2009

Migrationshintergrund	Insgesamt in 1.000	in %	EU-Land (ohne Österreich)	Nicht- EU- Land	darunter: Ex- Jugoslawien	Türkei
				in 1.000		
Insgesamt	8.262,1	100,0	487,2	980,9	496,2	247,5
Ohne Migrationshintergrund	6.794,0	82,2				
Mit Migrationshintergrund	1.468,1	17,8	487,2	980,9	496,2	247,5
Erste Migrantengeneration	1.082,6	13,1	394,6	688	349,3	151,5
Zweite Migrantengeneration	385,5	4,7	92,6	292,9	146,9	96,1

Tab. 4 , Quelle: Statistik Austria

2.2. Zwei psychotherapeutische Projekte für Flüchtlinge (OASIS und MIP)

OASIS

Im Therapiezentrum OASIS der Flüchtlings- und MigrantInnenbetreuung der Volkshilfe OÖ finden AsylwerberInnen in der Grundversorgung sowie Menschen mit Fluchthintergrund und traumatischen Erfahrungen Unterstützung bei psychischen Problemen. Die nicht gewinn-orientierte Organisation zeichnet sich durch ein multikulturelles und multiprofessionelles Team von MitarbeiterInnen aus. Die psychologische und psychotherapeutische Beratung und Betreuung wird durch muttersprachliche Angebote erweitert oder mit DolmetscherInnen durchgeführt.

Ich war für OASIS von Jänner 2009 bis März 2010 als Psychotherapeutin mit muttersprachlichem Angebot in BKS (Bosnisch/Kroatisch/Serbisch – der Ausbruch nationaler Konflikte im Raum des früheren Jugoslawien in den 90-er Jahren hat das Serbokroatische durch drei neue Staatssprachen ersetzt) für Flüchtlinge vorwiegend aus dem Kosovo und mit 2 Dolmetschern (Russisch, Farsi) für Personen aus der Russischen Föderation sowie Afghanistan tätig.

Jedem/r KlientIn wurde pro Behandlungsjahr von der Koordinationsstelle des Therapiezentrums (Erstgespräch mit klinischer Psychologin) ein gewisses Kontingent an Therapieeinheiten zugestanden, an welches der/die TherapeutIn gebunden war: Maximale Anzahl an Therapieeinheiten im ersten Behandlungsjahr 25 Stunden, im zweiten 15 und im dritten Behandlungsjahr 5 Einheiten.

Das Therapiezentrum OASIS musste im Herbst 2009 einen herben finanziellen Rückschlag hinnehmen. Nachdem das Bundesministerium für Inneres im Zuge der Verschärfung der Fremden- und Asylgesetze seine Mittel ersatzlos gestrichen hatte, wurden dem Projekt auch die EFF-Mittel (Europäischer Flüchtlingsfonds) gestrichen. Seither kann das Projekt nur in einer sehr reduzierten Variante fortgesetzt werden. Es gibt eine rasant steigende Warteliste und es können nur bestehende KlientInnen mit einem stark verringerten Stundenkontingent (10 Therapieeinheiten /Jahr) betreut werden.

„Wahlmöglichkeiten lernen, das heißt Freiheit lernen. Wenn ich mich durch das Ereignis bestimmen lasse, habe ich keine Freiheit, wenn ich glaube, dass das Ereignis bestimmt, gehorche ich dem Ereignis, gebe ich ihm die Macht, mich zu bestimmen. Buber: 'Vom Glauben an die Unfreiheit frei werden, heißt frei werden'. Wenn ich Freiheit habe, Wahlmöglichkeiten, habe ich Verantwortung für die Wahl, die ich treffe“ (Portele, 2001, 270). Ich traf bei ansonsten optimalen Rahmenbedingungen (Zentrum mit eigenem Therapieraum, multiprofessionelles und – kulturelles Team an Sozial- und RechtsberaterInnen, PsychologInnen) die Wahl. Die Streichung der finanziellen Förderungen durch das österreichische BMI., die eines der größten und professionellsten Flüchtlings- und MigrantInnenbetreuungsprojekte Österreichs traf und die die Kürzung des Stundenkontingents auf zehn Therapiestunden pro Jahr bewirkte, konnte ich nicht hinnehmen.

„Politische und persönliche Fragen können in unterschiedlichen Schubladen aufgehoben werden, aber die Perspektive des einheitlichen Feldes fordert Gestaltpraktiker dazu heraus, diese Trennung zu überwinden“ (Parlett , ibid., 289).

MIP (Mobile interkulturelle Psychotherapie im Burgenland)

Die Einrichtung "Mobile Interkulturelle Psychotherapie im Burgenland" wird durch den Europäischen Flüchtlingsfond, das Bundesministerium für Inneres sowie das Land Burgenland kofinanziert (siehe Kap. 2.1.1., Grundversorgungsvereinbarung).

Da es im Burgenland im Gegensatz zu Oberösterreich kein Zentrum für die Flüchtlings- und MigrantInnenbetreuung gibt, wird diese Aufgabe vom „Verein Menschen. Leben“ übernommen.

„Familien, Paare, allein stehende Männer und Frauen mit oder ohne Kinder. Sie alle warten – in teils entlegenen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln schwer erreichbaren Unterkünften - auf den ungewissen Ausgang ihres Asylverfahrens. Unsere PsychotherapeutInnen und DolmetscherInnen suchen diese Menschen in ihren Unterkünften auf und bieten ihnen psychotherapeutische Gespräche in Form von Hausbesuchen an. In Einzelfällen kann auch eine Betreuung in einer psychotherapeutischen Praxis erfolgen“ (<http://www.menschen-leben.at>, 2010).

Neben meiner Tätigkeit für OASIS bin ich seit März 2009 im interkulturellen Bereich im Burgenland als mobile Psychotherapeutin tätig. Meine mobile Arbeit erstreckt(e) sich auf drei Asylunterkünfte vom nördlichen bis ins südliche Burgenland mit maximaler Fahrzeit von einer Stunde und pro Asylheim durchschnittlich 7 KlientInnen (inkl. Paare und Familien). Die räumlichen Rahmenbedingungen sind je nach Asylheim unterschiedlich. Einen eigenen Therapieraum gibt es jedoch in keiner Arbeitsstätte. Die Therapiesitzungen finden manchmal in den Mehrpersonenzimmern statt, wobei die Kooperation mit den Mitbewohnern gesucht wird. Im Sommer ist es durchaus machbar, da die Ehepartner meistens verständnisvoll sind und das Zimmer für diese Stunde verlassen. Die Anwesenheit kleiner Kinder ist manchmal unumgänglich, z.B. wenn es regnet und Spaziergänge nicht zumutbar sind.

Von „glücklicheren Umständen“ spreche ich dann, wenn im Asylheim wegen Unterbelegung ein momentan nicht genütztes Zimmer vorhanden ist. Wenn kein freier Raum vorhanden ist und wenn der Unterkunftgeber nicht bereit ist ein

Extrazimmer des Gasthauses für die psychotherapeutischen Sitzungen zur Verfügung zu stellen, wirken „unglückliche Umstände“, die vor allem dann männliche Klienten betreffen können. „Es tut mir leid, es ziemt sich nicht!“, entschuldige ich mich und lehne es ab, psychotherapeutische Sitzungen auf ungemachten Asylheimbetten bei sehr beengten Raumverhältnissen mit allein stehenden Klienten abzuhalten. Ist ein Dolmetsch notwendig, erfolgen die Therapiestunden auch in den Zimmern.

Mein Berufsalltag als Psychotherapeutin in burgenländischen Asylheimen ist nicht gänzlich vergleichbar mit jenem von PsychotherapeutInnen in Kriegs- bzw. Nachkriegsgesellschaften, wie es von Ivana Vidakovic (2009) beschrieben wird, doch die LeserInnen bekommen einen Einblick. Sie schildert ihr Psychotherapeutin - Werden in Ex-Jugoslawien so: „Der Einsatz bei diesen klassischen humanitären Projekten war eine große Herausforderung für uns alle, das Verlassen eines relativ sicheren therapeutischen Umfeldes, welches uns eine Art Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit überwältigenden Kriegs- und Lebenstraumata bietet.

Wir trafen traumatisierte Menschen vor Ort, in unbenutzten gemeindeeigenen Räumlichkeiten oder Kollektivzentren, wo hunderte Personen in Räumlichkeiten mit Mindestbedingungen untergebracht waren, ohne Möglichkeit, Privatsphäre, persönliche und Familiengrenzen zu wahren. Deren Leid war nicht nur psychologischer Art, das tägliche Leben unserer Nutzer war mit einer ganzen Reihe an tatsächlichen existentiellen, wirtschaftlichen und rechtlichen Problemen behaftet“ (ibid., 280).

Machmal nenne ich mich nomadisierende oder „vagabundierende“ Psychotherapeutin, um mit dieser Etikettierung auf den in ganz Europa neu aufkeimenden Antiziganismus hinzuweisen. Manche netten KollegInnen entwickeln, wenn ich Ihnen von meinem Arbeitsplatz erzähle, eine mir durchaus zusagende Fantasie von Mobilität: eigener Psychotherapie-Wohnwagen, MIP-Standarte, reservierter Parkplatz vor den Asylheimen, die Arbeitszeiten angeschlagen etc.

Das eingeschränkte Stundenkontingent an psychotherapeutischen Einheiten - wie es bei OASIS ab den Förderkürzungen des Bundes der Fall war - gibt es bei mobiler interkultureller Psychotherapie im Burgenland nicht. Ein Positivum, das für meine Entscheidung für MIP tätig zu werden, ausschlaggebend war.

2.3. Psychotherapia Pannonica – Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft

Die Interkulturalität und Multilingualität unserer Praxisgemeinschaft wird ausdrücklich betont. Das Angebot, die Klienten in ihrer Muttersprache zu begleiten, wird durch den Flyer, der in den drei (ungarisch, kroatisch, deutsch) Landessprachen des Burgenlandes verfasst ist, beworben.

Zwei Muttersprachen, zwei Migrationsgeschichten, zwei Religionen, zwei unterschiedliche psychotherapeutische Methoden.

Man mag unsere Vorgehensweise und die Betonung auf den kulturellen Hintergrund mit gewisser Skepsis betrachten, keinesfalls befreit sie meine Kollegin und mich davon, bewusste und unbewusste Motivationen der KlientInnen für ihre Wahl der Therapeutinnen zu erkennen. Eine frühe und nüchterne Bezugnahme in der Therapie zu ethnischen Fragen bei bestimmten Hinweisen der KlientInnen ist jedoch ratsam.

Gewissermaßen kann man unsere Haltung im Sinne einer historisch gegenteiligen Pendelbewegung sehen, da die früheren PsychotherapeutInnen kein besonderes Interesse daran hatten, die Aufmerksamkeit anderer (und ihre eigene) auf ihre ethnischen und nationalen Wurzeln zu lenken (vgl. Akhtar, 2007, 165ff; vgl. Moser, 2001, 55ff). Heute sind die Umstände maßgeblich anders. Und sie werden nach Deutschland unweigerlich auch in Österreich eintreffen. Zusammen mit der Zahl kulturell unterschiedlicher Patienten steigt auch die Anzahl kulturell anders Auszubildender in Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Der Dachverband der Transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum (DTPPP) versendete einen Bericht der Bundes – Psychotherapeutenkammer über den Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten, Standpunkt vom 14. Juni 2010, in dem unter den 12 Sonnenberger Leitlinien, die Punkte 2., 7. und 11. unserer Meinung nach besondere Beachtung verdienen (<http://www.transkulturellepsychiatrie.de>, 2010):

(...)

„2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.“

(...)

„7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätigen MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen.“

(...)

„11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen“ (BPtK-Standpunkt vom 14. Juni 2010, Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten, 29).

3. Interkulturalität und Integrative Gestalttherapie

3.1. Interkulturalität und Migration

Die Bewerbung eines Seminars „Interkulturelle Kompetenz“ eines Institutes für Management-Entwicklung könnte folgendermaßen lauten: „In Internationalen Geschäftsbeziehungen ist das Verständnis für die Unterschiedlichkeit der Werte und Verhaltensweisen zwischen den Menschen verschiedener Kulturkreise ein entscheidender Faktor für den Geschäftserfolg. Die eigene kulturelle Prägung, unser Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln stehen dabei in unseren Seminaren ebenso im Fokus wie die Werte und Verhaltensweisen unserer Geschäftspartner. Diese Kenntnisse und eine entsprechende Sensibilisierung sind die Kompetenz, die Ihnen hilft, Konflikte zu vermeiden und Ihre Ziele ohne atmosphärische Störungen anzusteuern. Interkulturelle Kompetenz ist bei dem Umgang mit internationalen Geschäftspartnern und Kunden unverzichtbar.“

Migration und Interkulturalität stellen vielfältige Anforderungen an unser Sozial- und Gesundheitswesen, an die Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Gesellschaftliche Veränderungsprozesse und Problematiken, wie sie durch eine zunehmende Globalisierung und Migration entstehen, konfrontieren uns zunehmend auch in den Behandlungssituationen mit einem multikulturellen Klientel. Im internationalen Wirtschaftsbereich ist die Erfordernis einer interkulturellen Kompetenz seit längerem etabliert, in den Bereichen des Krankheits- und Gesundheitswesens, der Medizin und Pflege, der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie hat diese Notwendigkeit in den letzten Jahrzehnten rasant zugenommen. Die Weiterentwicklung der Interkulturellen Theorie- und Praxisansätze in interdisziplinären Forschungs- und Arbeitsbereichen wird nun allorts favorisiert.

In diesen komplexen Lebenswelten eine „Leitkultur“ etablieren zu wollen mit der Fiktion von „einem Volk, einem Staat, einer Sprache, einer Kultur,...“ bedeutet bei voranschreitender Globalisierung einen in sich widersprüchlichen, realitätsfernen Prozess in Gang zu setzen: Nämlich, soziale Integration der Fremden fordern und gleichzeitig unterschiedliche Formen des Ausschlusses bar jeglicher gesellschaftlicher und politischer Partizipation zu praktizieren. Letztendlich ist mit diesen unerfüllbaren Postulaten der gesellschaftliche Zusammenhalt meiner Ansicht

nach gefährdet, wobei die Verdrängung des Fremden an die Peripherie vorgibt, die Lösung der Problematik von Eigen- und Fremdkultur zu sein.

Aus rückblickender Distanz kann ich erkennen, dass mein „So-anders-Sein“ ein bemühter Versuch war, die Grenzen des Verstehens zweier Fremdheiten in mir („nirgends dazugehörig – nicht zu den Burgenlandkroaten, nicht zu der deutschsprachigen Mehrheitsbevölkerung“) auszuloten, wie auch ein radikales Abwehren von Fremdzuschreibungen („du bist so anders!“), um letztendlich dort „Zuhause“ zu sein, wo ich weder „besonders integriert, noch besonders anders sein muss!“. Klar herauslesbar aus diesen Sätzen ist, dass das Abstreifen der Schattenseiten des Fremdseins ein Schritt weiter war, die Beschreibung des Neuen, des damit Gewonnenen, die Erfahrung des mehr Möglichen, einer Fülle von Freiheiten lässt sich schwerer formulieren:

„Ja sam Zlatka, die Aurelia war, die Zlatka war!“

„Doch Interkulturalität meint mehr als Nebeneinander und Miteinander von Kulturen, es meint ein Ineinander, das in den gewaltig anwachsenden Strömen der Ein- und Auswanderung bestehende Grenzen überschreitet oder unterläuft“ (Waldenfels, , 2008, 13).

„Im Gegensatz zu jedem purem Mono- oder Multikulturalismus bedeutet Interkulturalität eine Zwischensphäre in der Eigenes und Fremdes miteinander verflochten sind“ (ibid.). Dieses Zwischen widersetzt sich einem simplen Ethnozentrismus wie auch dem Multikulturalismus. Es lässt sich weder auf Einheit, noch auf Vielfalt reduzieren. Es ist keiner Seite zurechenbar. Jedoch ist es eine besondere Quelle für Konflikte mit wechselndem Grad von Nähe und Eigenem sowie Ferne und Fremdheit. Wir finden Fremdes im Eigenen und Eigenes im Fremden. „Fremdheit droht jederzeit in Feindschaft auszuarten“ (ibid.).

Das „Fremdwerden des Eigenen und das Eigenwerden des Fremden“ hat schon Karl Valentin (Münchener Komiker) überaus treffend in seinem Ausspruch „Fremd ist der Fremde nur in der Fremde“ dargelegt. Erfolgt dann die Heimkehr nach längerer Zeit, ist man mit einer doppelten Fremdheit konfrontiert, da auch die Heimat fremd geworden ist.

Migration ist immer eine Herausforderung an das psychische Gefüge des Neuankömmlings. Nach dem ausgelösten „Kulturschock“ und der Trauer über die der Migration innewohnenden Verluste, kommt die Bedrohung der Identität durch

sprachliche, moralische und ästhetische Umformung. An den äußersten Enden der Migration bilden sich Zwischenzonen, die laut Waldenfels Bernhard mit dem religiösen Terminus „Limbus“ bezeichnet werden können: „...ein auswegloser Ort zwischen Himmel der Freiheit und Hölle der Verdammnis“ (ibid., 20).

Nach Akhtar (2007, 120f) werden auch in der psychoanalytischen Literatur beide Sichtweisen dieser neu entstandenen Mischidentität diskutiert: Handelt es sich bei dieser neu entstandenen Identität um eine solide hybride Einheit sowie einen lockeren, gut funktionierenden Zusammenschluss diverser Selbst (selves) oder tritt anstelle der Synthese eine Furcht einflößende Vielfalt partieller Identitäten?

Natürlich dauert die auf die Migration erfolgte Veränderung der Identität ein Leben lang und ist wie jede Verwandlung ein Prozess, der Komplikationen unterworfen ist. Wenn der Einwanderer bereits vor der Migration Probleme hatte und diese nicht freiwillig geschah und im Zielland der Träume der Flüchtling argwöhnisch empfangen wird und die Aufnahmegesellschaft die Unerwünschtheit seines Hierseins deutlich zum Ausdruck bringt und die soziale Integration (Spracherwerb, Kennenlernen der Sitten und Gebräuche, Ausbildung, Arbeitssuche, Geldverdienen, neues soziales Netz) schwierig wird, ergibt alles zusammen eine schwer bewältigbare Liste an Herausforderungen.

Es ist ein etwas unsicheres Feld und die Alltagsbewältigung in der Aufnahmegesellschaft gelingt nicht immer, nicht gleich und nicht störungsfrei. Widerstand gegen Veränderungen regt sich. Blockaden, Stagnation vor dem Wandel sind auch Überlebensstrategien, die in der interkulturellen Psychotherapie als „normales Geschehen“ von der Destabilisierung, eventueller Krise zur Stabilisierung und neuen Lebensentwürfen für Einwanderer und deren Familien gesehen werden soll (vgl. Lafranchi, 2008, 84).

Auch meiner Meinung nach zeigt die sozio-klinische Erfahrung, dass eine gesunde Identität keine monolithische Stabilität besitzt!

Hilfreich scheint mir hier Hans Peter Dreitzel „der gesunde Mensch hat wenig Charakter“ zu zitieren - ein Fazit der Überlegungen von F. Perls und P. Goodman. „Tatsächlich ist das Bild, das der Gestalttherapie vorschwebt – die natürlich wie jede Therapie eine bestimmte Vorstellung vom psychisch gesunden Menschen hat – das eines Menschen ohne feste Eigenschaften und fixierte Charakterzüge, aber voller Kreativität und mit vielerlei Kompetenzen“ (Dreitzel, 2004, 29). „Gesundes

Funktionieren hängt von der ‚kreativen Anpassung‘ an ständig neue Bedingungen ab“ (Parlett, 2001, 287). „Dauerhafte Eigenarten und Lebensweisen einer Person sind oft mit situativen Begleiterscheinungen verbunden. Aber nehmen wir an, die Umgebung verändert sich“ (ibid.): Die Alternative zur Wiedererlangung des Gleichgewichts ist, sich einer transformativen Erfahrung auszusetzen, bei der man „das alte Selbst loslassen muss“, die Leere und das Unbekannte betreten, alte fixierte Gestalten zerstören und „eine ganz neue Lebensweise annehmen“ muss. (ibid.)

3.2. Historischer Hintergrund der Gestalttherapie

3.2.1. Lore und Friedrich S. Perls als Flüchtlinge

„Beide Perls sind in dieser Zeit linkspolitisch aktiv, und F.S. Perls verlässt (wie Wilhelm Reich) Deutschland direkt nach der Machtergreifung Hitlers im Frühjahr 1933 aus politischen Gründen, da er auf der „schwarzen Liste“ der Nationalsozialisten steht“ (Bocian, 2000, 19).

„Im Amsterdam angekommen, meldete sich F.S. Perls beim jüdischen Hilfskomitee, durch dessen Vermittlung er einen Platz in einem Flüchtlingsheim bekam. Um die Aufenthaltserlaubnis zu bekommen, musste er sich als Student immatrikulieren, aber es gab keinerlei Aussichten auf Arbeit und einen längeren Aufenthalt für ihn, Lore und Renate“ (Sreckovic, 2001, 89 f).

F. Perls Brief vom 29. 4. 1933 an Lore:“ Deine Briefe, besonders über Renate, sind immer Feststunden für mich ... zum ersten Mal glaube ich an deine tiefe Liebe, und es ist alles so schwer und das Leben halb vorbei ... die Bilder vom Baby waren reizend, aber ich muss noch immer losheulen, wenn ich sowas sehe oder auch nur, wenn du mir schreibst, dass sie nach mir fragt“ (ibid., 90).

F.S. Perls gründete im Flüchtlingsheim mit einem ehemaligen Theaterdirektor eine Theatergruppe. Er war zu einem Flüchtling geworden, der „...alles verloren hatte und nicht wußte, wo und wovon er nächste Woche leben sollte“ (ibid., 91, cit. Lore Perls, persönliche Mitteilung), der auf Hilfe durch die „Vereinigung“ hoffte, die den Aufbau des Psychoanalytischen Institutes in Johannesburg in Aussicht stellte.

Während Lore Perls, noch getrennt von Fritz, „auf dem Abstellgleis“ folgende Zeilen brieflich verfasste: „Alles, was wir früher gedacht und getan haben, ist wie ausgelöscht...ich bin hier so absolut isoliert ...und diese Schwierigkeiten mit den 'Analyse-Bonzen' (ibid., 92)“.

Familiennachzug von Lore und Renate Perls im Oktober 1993 :“... mit Fritz und zehn anderen Leuten in vier Zimmer verteilt. Wir hatten kein Geld. ...Dazu kam noch, dass ich abtreiben mußte. Danach war ich einige Wochen sehr depressiv...Als ob ich nicht dagewesen wäre. Es war ein wirklicher Alptraum, und ich hatte keine Hoffnung, dass wir durch das Erwachen erlöst werden. Bis zuletzt wußten wir nicht, was aus uns wird“ (ibid., cit. L. Perls, persönliche Mitteilung).

Fritz Perls schildert diese Zeit in einem Interview: “In Deutschland, nun dort haben wir einigermaßen komfortabel gelebt. Ich hatte mein Einkommen und Lore bekam etwas Geld von zu Hause. Dann gingen wir nach Holland, wo wir dann in größter Armut lebten. Als ich nach Holland floh, hatte ich eine Summe von umgerechnet 25 Dollar in meinem Feuerzeug versteckt. Und nun durften wir überhaupt kein Geld verdienen. Wir lebten von der Wohlfahrt, im tiefsten Winter auf einem Dachboden. Und Lore mußte putzen gehen, das hatte sie vorher noch nie gemacht und kalt war es, wir froren uns halb tot.“ Und Lore berichtet weiter, dass „sie sehr gefährdet waren als 'Mitglieder der antifaschistischen Liga'. Sie kamen immer nachts zwischen zwei und vier. Die letzten Nächte schliefen wir jede Nacht woanders“ (Wirth , 2008, 17, cit. F.S. Perls, 1992, 23).

Weitere Anmerkungen zum Flüchtlingsdasein der Familie Perls wären redundant. Die Briefe von F. Perls und Mitteilungen von L. Perls über die ersten Monate (April bis Dez. 1933) ihrer Flucht zeichnen ein deutliches Bild von dem, was in Menschen vorgeht, die den Belastungen einer Flucht ausgesetzt sind. Nach dem Exil in Johannesburg und der absehbaren Durchsetzung der Politik der Apartheid in Südafrika erfolgte die Immigration der Perls in die USA, schließlich die Trennung und 1969 flüchtete F.S. Perls ein drittes Mal, und zwar nach Kanada, u.a. wegen der politischen Entwicklung der USA unter Präsident Nixon.

Erschütternd ist die Ähnlichkeit mit der aktuellen Situation der Flüchtlinge und Asylansuchenden in Europa bzw. Österreich, wo sie auch kein Geld verdienen dürfen (siehe Kap.2.1.1.) oder in bitterster Armut leben, und wo die Fremdenpolizei nachts kommt, auch zwischen zwei und vier, um die Rückführung (die Flüchtlinge verwenden allesamt das Wort „Deportation“) ins Herkunftsland oder Erstantragsland

vorzunehmen. Beim UN-Flüchtlingshochkommissariat (UNHCR) in Wien löste der teilweise Abschiebestopp des Verfassungsgerichtshofes nach Griechenland im Okt. 2010 Erleichterung aus, da der von der Finanzkrise gebeutelte Mittelmeeranrainerstaat mit dem derzeitigen Flüchtlingsansturm völlig überlastet ist. Die Flüchtlinge sitzen entweder monatelang in Polizeiarresten oder sie leben, sich selbst überlassen, in Slums und auf der Strasse ohne jegliche finanzielle und soziale Unterstützung, wobei sie zunehmend das Ziel rechtsextremer Angriffe sind. (vgl. „Griechenland hat kein Asylsystem“. In: Der Standard, 29.10.2010).

Österreich schiebt dennoch weiter ab.

3.2.2. Paul Goodmans Exil

„Meine homosexuelle Neigung hat mich auf einschneidende Weise zum Nigger gemacht. Besonders deutlich zeigt sich das natürlich an der willkürlichen Brutalität, der ich von Bürgern ebenso wie von Seiten der Polizei ausgesetzt gewesen bin“ (Sreckovic, 2001, 69, cit. Goodman, 1989, 243).

P. Goodmans Aufenthalt in Chicago wird von ihm selbst als „Exil“ aus Manhattan bezeichnet, wo er mit all den „existentialistischen Themen“ - isoliert und einsam, entfremdet und verzeifelt sein - intensiv in Berührung kam.

Seine „Mikrogemeinschaft“ (Mutter, Schwester, seine Freunde), die Familie fehlte P. Goodman im Exil so sehr, so dass er sich bemühte, eine „neue“ in Chicago zu gründen (ibid., 74). 1938 heiratete er Virginia Miller, ein Jahr später wurde seine Tochter Susan geboren. V. Miller war eine unkonventionelle Frau, die seine „homosexuellen Eskapaden“ akzeptierte (ibid.). Bei Ausbruch des 2. Weltkrieges wurde P. Goodman auf die „schwarze Liste“ unerwünschter Künstler gesetzt (eine weitere Gemeinsamkeit mit den Perls). Verantwortlich dafür waren seine pazifistische Haltung und seine Aufrufe zur Kriegsdienstverweigerung. Seine Ehe scheiterte und er lebte einige Zeit buchstäblich mittellos auf der Straße, bis er Arbeit in einem Internat fand, wo er und seine vierjährige Tochter Susan umsonst wohnen durften. Er lernte dort Sally Ducksen kennen, heiratete ein 2. Mal, lebte fortan in Chelsea, an der Grenze zu Greenwich Village, wo ihn 1947 F.S.Perls aufgrund eines Artikels aufsuchte.

Fritz und Lore Perls hatten das einzige Exemplar des Magazins «Politics» in Johannesburg gekauft, in diesem war Goodmans Aufsatz über W. Reich mit dem Titel „Die politische Bedeutung einiger neuer Revisionen an Freud“ publiziert worden. Zu dieser Zeit hatte P. Goodman nach 20 Jahren harter Arbeit eine „traurige Berühmtheit“ ohne Anerkennung und nur wenig Beachtung erreicht. „Er stand kurz vor der Selbstaufgabe“ (Sreckovic, 2001, 87).

3.3. Geschichte und Identität

Wenn man das grundlegend Verbindende zwischen Lore, Fritz Perls und P. Goodman sucht, so sind die Erklärungen von Bernd Bocian richtungsweisend: „...sind im Kern die Erfahrungen einer Gruppe überwiegend nonkonformistischer Menschen, der sogenannten expressionistischen Generation“ (Gestalttherapie, Heft 2/2008, 22f). Die Dialektik von persönlich erlebter Ichdissoziation und der Sehnsucht nach Menschheitserneuerung bzw. von Entfremdungserfahrung und messianischem Aufruf zur Wandlung des Menschen sind Kennzeichen dieser Generation. Den Begriff „jüdisch“ setzt Bocian (2008) für „einen Erfahrungsmodus, als Ausdruck für eine Grenzerfahrung sozialpsychologischer Natur“ ein. „Die jüdischen Deutschen existierten in einem leeren gesellschaftlichen Raum, zwischen einer verlorenen jüdischen Identität und der westlichen Gesellschaft, die sie niemals wirklich aufnahm“ (ibid.). So trägt die Gestalttherapie Erfahrungen in sich, „...die sowohl eine Ganzheitsutopie enthalten als auch Erfahrungen im Umgang mit Brüchen, Dissoziationen und Identitätsbedrohungen“ (ibid.). „...und war (F. Perls) einen großen Teil seines Lebens auf der Flucht und Wanderschaft und auf der Suche nach Ganzheit“ (Fuhr, Sreckovic, Fuhr-Gremmler, 2006, 120). Diese Generation litt an einer „transzendentalen Obdachlosigkeit“, wie Georg Lukács (Bocian, 2008, 23) es titulierte. Laut Bocian (2008) waren Sie „universale Fremde“, deren Land nicht existierte und „die letztlich nur bei sich selbst ganz zu Hause sein konnten“. Der assimilatorische Druck auf zwei deutsche oder einen amerikanischen homosexuellen Juden zeigt die Widersprüche der Moderne deutlich. „Der in einem jüdischen Kontext Geborene konnte nie in der großen anonymen Masse aufgehen“, und so kam es zu individuellen Erfahrungen von Mutlosigkeit und Verzweiflung, zerbrochenem Leben,

Entfremdung und einer „Leere“, aus der eine „fruchtbare Leere“ erwuchs, die gepaart mit einer messianischen Sehnsucht nach Menschheitserneuerung zu einem einzigartigen, kreativen Potential führte (ibid.).

„Es gerät leider in Vergessenheit, in welchen starken Spannungsverhältnissen viele unserer gestalttherapeutischen LehrerInnen zu den jeweils aktuellen politischen Verhältnissen standen“, schreibt Dieter Bongers (2006, 114). „Fritz und Lore Perls mussten nicht nur aus Deutschland emigrieren, weil sie Juden waren, sondern auch weil sie innerhalb der antifaschistischen Bewegung aktiv waren und weil sie zu vielen politischen Fragen in der Auseinandersetzung mit dem deutschen Faschismus ganz dezidiert Stellung genommen hatten“, betont Bongers (ibid.).

P. Goodman, der „konservative Anarchist“ wie ihn Sreckovic (2001, 78) bezeichnet, war ein Philosoph der Antikriegsbewegung in Bezug auf den Vietnamkrieg, war Inspirator einer ganzen Gegenkulturbewegung und hat den Begriff „anständige Armut“ postuliert (ibid.). Er sah konkrete Veränderungsvorschläge als Grundvoraussetzungen einer Gesellschaftskritik, die diesen Namen verdient (vgl. Höll, 2001, 515).

Ervin und Myriam Polster haben sich in den 60er und 70er Jahren in Kalifornien in den Bürgerrechtsbewegungen gegen alltäglichen Rassismus und für die Rechte der Frauen engagiert.

Die politischen Wurzeln der Gestalttherapie sind laut Bongers (2006, 114) Inspiration und Auftrag! Bocian (2008, 25) geht weiter und unterteilt seinen o.a. Artikel „Autonomie statt Auschwitz: confluence kills!“, indem er Perls Betonung der Autonomie, das Herauslösen aus der Masse und den Mut sich zu individualisieren, in ihrer lebenserhaltenden Bedeutung für deutsch-jüdische Intellektuelle formuliert. Auch für manche Asylsuchenden in Österreich, die von der Rückführung bedroht sind, könnte man es so akzentuieren – „Leben oder Tod!“

3.3.1 Modelle gestalttherapeutischen Erkennens – eine Handlungsanleitung für den interkulturellen Therapiebereich

„Implizit oder explizit liegt jedem psychotherapeutischen Verfahren ein bestimmter erkenntnistheoretischer bzw. wissenschaftstheoretischer Standpunkt zugrunde. Er begründet den jeweils angenommenen Zugang des Menschen zur Welt, der mit dem

darin enthaltenen Menschenbild und Weltbild grundlegend für die psychotherapeutische Praxis wird“ (Zabransky , Wagner –Lukesch , 2004, 128).

„Der Kritische Realismus kann als die Erkenntnistheorie der Gestalttheorie (gemeint ist die Frankfurter Schule, z.B. Wertheimer, Koffka, Köhler, Metzger) betrachtet werden. Als wesentliche Leistung dieses Entwurfs kann die Lösung des Innen – Außen-Paradoxons gelten“ (Mehrgardt, 2001, 491). „Im Kritischen Realismus wird die These vertreten, dass die gesamte vorgefundene Welt – also die Innenwelt, aber auch die wahrgenommene Außenwelt – zu unserer anschaulich erlebten Welt, zur phänomenalen Welt, gehört; diese ist streng von der physikalischen bzw. transphänomenalen Welt zu unterscheiden“ (Zabransky , Wagner –Lukesch , 2004, 129). Hier setzt auch der Hauptkritikpunkt an der Prämisse des Kritischen Realismus an: „Es ist nämlich impliziert, dass die transphänomenalen und phänomenalen Bereiche überschneidungsfrei sind, dass die Grenze zwischen beiden absolut, eindeutig und unverrückbar existiert,...“ (Mehrgardt, 2001, 492).

Dem gegenübergestellt ist ein dialektischer Entwurf (Dialektischer oder Kritischer Konstruktivismus), ein dialektisches Verhältnis auf allen Abstraktionsstufen als grundlegende Betrachtungsweise von polaren Gegensätzlichkeiten, als „Einheit der Identität und Verschiedenheit“ (ibid., cit. Hegel, 1975, 40): Innen und Außen, Organismus und Umwelt, Ich und Du etc. sind dialektisch miteinander verwoben. Etwas konkreter auf die psychotherapeutische Situation bezogen, kann aus diesem erkenntnistheoretischen Dilemma die Selbstreferentialität des Erkennens gesehen werden, also seine Abgeschlossenheit nach außen und seine exklusive Selbstbezugnahme (vgl. ibid., 493).

„Für die psychotherapeutische Arbeit folgt daraus, dass es keine letzte Gewissheit über einen Sachverhalt geben kann,(...)Tatsächlich kann ich mich auf nichts und niemanden mit letzter Sicherheit berufen und mich damit meiner persönlichen Verantwortung entziehen. Ich bin immer gefordert, um ein eigenes Urteil und einen eigenen Standpunkt zu ringen, um zu einer Entscheidung zu kommen, was für mein Leben richtig, angemessen und sinnvoll ist“ (Zabransky, Wagner-Lukesch, 2004, 130).

Ohne eine erkenntnistheoretische Bewusstmachung würden wir in der gestalttherapeutischen Praxis „unser eigenes Erkennen unhinterfragt als „wahrer“ voraussetzen und dem Klienten dies zwischen den Zeilen immer wieder verdeutlichen“ (ibid., 499). Eine Diskriminierung ist – vor allem auch bei kulturell

unterschiedlichen Phänomenen – erkenntnistheoretisch nicht begründbar! „Der dialektische Standpunkt hingegen setzt von vornherein alle möglichen Erkenntnisweisen, also auch die von Therapeut und Klient, als gleichwertig und – rangig an, woraus folgt, dass das Erkennen des Klienten nicht als pathogen oder falsch beurteilt werden kann“ (ibid., 500). Bei Perls heißt es: „Wirklichkeit per se gibt es nicht. Sie ist für jedes Individuum, für jede Gruppe, für jede Kultur etwas Verschiedenes“ (Portele, ibid., 267).

So stellen wir die Frage mit Mehrgardt: Was bleibt also der Psychotherapeutin im Besonderen im interkulturellen Therapiebereich, wenn sie auf das letzte bisschen Wissen auch noch verzichten muss? Wenn die Psychotherapeutin kaum weiß, „was der Klient hat, geschweige denn, warum er es hat und ob und wenn ja, wie er was für wen und in welche Richtung verändern kann und soll“ (ibid., 501).

Das Bewusstmachen der gesellschaftlichen und individuellen Grenzen der Erkenntnisfähigkeit lässt hoffen, dass diese durch das Hinterfragen schließlich überwunden werden. Umso mehr gilt dies für den interkulturellen Bereich und eine Handlungsanleitung wäre somit gegeben.

3.3.2. Das Menschenbild der Gestalttherapie - eine Handlungsanleitung für eine politische interkulturelle Praxis

„Das ‚Menschenbild‘, das einem psychotherapeutischen Verfahren zugrunde liegt, prägt z.B. in entscheidender Weise die Sicht auf Krankheit und Gesundheit, auf die Ziele einer Therapie, die Methoden und Techniken, die im therapeutischen Prozess verwendet werden, wie diese verwendet werden und vieles mehr“ (Nausner, 2004, 37).

Das Menschenbild der Gestalttherapie zu erläutern, stellt eine besondere Herausforderung dar (vgl. Fuhr, Sreckovic und Gremmler-Fuhr, 2006, 118), denn „ein wesentliches Merkmal der Gestalttherapie ist, dass sie nicht von einem isolierten Menschenbild ausgeht; der Mensch ist grundlegend und von Anfang an nur im Kontext zu seiner Umwelt zu verstehen; das heißt aber, Menschen und Weltbild hängen so unmittelbar zusammen“(ibid., 118), so dass die Autoren im Weiteren nur gewillt sind von dieser Einheit „Menschen und Weltbild“ zu sprechen.

„Der Mensch wird als soziales Wesen mit starkem Bedürfnis nach Gemeinschaft und sozialer Gerechtigkeit angesehen“ (ibid. 134). „Die Gestalttheorie vertritt eine ganzheitlich-dynamische Sichtweise vom Menschen, indem davon ausgegangen wird, dass im Menschen selbstregulative Vorgänge stattfinden, durch die sich unter günstigen Bedingungen natürliche Ordnungen von selbst bilden (...) Die Selbstverantwortlichkeit des Menschen wird betont. Dieses Menschenbild umfasst die Notwendigkeit, sich von Illusionen und unerfüllbaren Wünschen zu verabschieden, die Unsicherheiten des Lebens zu akzeptieren und auf die eigenen Fähigkeiten zu vertrauen“ (ibid., 34). Nochmals prägnant von Fuhr, Sreckovic und Fuhr-Gremmler (2006) u.a. zusammengefasst, verdeutlichen fünf allgemeine Prinzipien den gestalttherapeutischen Ansatz: „(1) Ganzheitlichkeit, (2) relativierende Realitätswahrnehmung, (3) Selbstregulation und schöpferische Anpassung, (4) dialogische Prozessorientierung und (5) Differenzierung und Integration“ (ibid.).

Das humanistische Menschenbild in seinem sozialpolitischen Charakter wird von Fritz Perls zuerst verdeutlicht: „Gestalttherapie ist ein existentieller Ansatz, das bedeutet, das wir nicht nur damit beschäftigt sind, Symptome und Charakterstrukturen zu behandeln, sondern dass wir mit der ganzen Existenz des Menschen befasst sind“ (Perls, 1979, 74) oder an anderer Stelle: „Seine Fähigkeiten führen ihn (den Menschen) in Abenteuer, und die Abenteuer bringen ihn in Nöte“ (Mehrgardt, ibid., 503). Bei Paul Goodman heißt es: „Wer sich an die Gesellschaft anpasst, wird in mehrfacher Hinsicht krank (...) Wer sich aber nicht anpasst, wird verrückt, weil dies die einzige Gesellschaft ist, die wir haben“ (Sreckovic, ibid., 78 cit Goodman in Stoehr, 1994, 89) und in einer weiteren Formulierung: „Das Wesen der Gesellschaft beruht auf dem persönlichen Verhalten der Menschen“ (Höll, ibid., 528). Nachdem von Kathleen Höll (ibid., 537) konstatiert wurde, dass wir nur allzu leicht vergessen, „wie jung und wie blutig erkämpft unsere Demokratien sind“, folgert sie daraus die Notwendigkeit, die psychotherapeutischen Theorien in ihrem Bezug zur politischen Realität zu überprüfen. Parallel dazu sind auch die Beiträge ihrer Kollegen Bocian (2008) aus Italien, Bongers und Schulthess (2008) aus der Schweiz zu sehen.

Die Aktualität der Gestalttherapie besteht eben in der Proklamation der persönlichen Verantwortung und in der Herausforderung an den Menschen, die eigene Identität selbst zu konstruieren. Die eigenen Möglichkeiten klar zu erkennen, die Chancen

und Risiken etwas zu tun, auch mit anderen gemeinsam, oder es zu unterlassen, haben ja Laura und Fritz Perls und Paul Goodman „vor-erlebt“ (cit. Bocian, ibid., 28), sodass wir „unseren reichen historischen Hintergrund mit seinen politischen, sozialen, kulturellen wie psychotherapiegeschichtlichen Bestandteilen“ (Bocian, ibid., 31) bewusst integrieren müssen. „...Eine Rückbesinnung auf diese oder andere Grundwerte scheint in unserer Zeit notwendiger denn je, und es wäre fatal, wenn sich diese Rückbesinnung nur auf konservative oder gar reaktionäre Menschen- und Weltbilder beziehen würde“ (Fuhr, Sreckovic, Gremmler-Fuhr, 2006, ibid., 149).

Unterstützend möchte ich Laura Perls nach Parlett (2001) zur Frage ihrer politischen Aktivität zitieren. Laura Perls: „Ich glaube, dass die Arbeit, die ich mache, politische Arbeit ist. Wenn man mit Menschen daran arbeitet, an den Punkt zu gelangen, an dem sie eigenständig denken und sich aus der Konfluenz der Mehrheit lösen können, ist dies politische Arbeit“ (Parlett, 2001, 292). Siehe auch o.a Zitat - „confluence kills!“

Andere Formen politischer Arbeit für PsychotherapeutInnen, die nicht allein auf die psychotherapeutische Tätigkeit per se beschränkt ist, hat die EAGT (Europäische Vereinigung für Gestalttherapie) mit der Bildung eines Komitees „Committee for Human Rights and Social Responsibility (CHR&SR) eingerichtet. Die Zielgruppe für Aktivitäten dieses Komitees sind vulnerable Gruppen wie Obdachlose, Kinder und Menschen mit Behinderungen, Gewaltopfer, Flüchtlinge etc.

Keinesfalls möchte ich hier den Eindruck politischer Naivität vermitteln, denn eine (freiwillige?) Rückführung von Asylansuchenden bei negativen Asylbescheiden in ihre Herkunftsländer bedeutet Konfrontation der Rückkehrenden mit den in vielen Fällen weiterhin herrschenden Systemen. „Unter solchen gesellschaftlichen Feldbedingungen Therapieformen anzubieten, welche die Autonomie, Kritikfähigkeit, die Fähigkeit, nein zu sagen und sich politisch oppositionell zu äußern fördern, zeigt, in welches Dilemma man gerät: Man muss sich stets darüber bewusst sein, dass unter den herrschenden totalitären Bedingungen der Therapieerfolg bedeuten kann, dass die Menschen mit ihren Leben dafür bezahlen müssen“ (Schulthess, 2009, 62). Schulthess hat diese besondere Herausforderung für die in China arbeitenden GestalttherapeutInnen angeführt. „Eine Gefahr, derer wir im Westen kaum mehr gewahr sind“ (ibid.). Wer den Rechtsruck in den europäischen Gesellschaften, in

unserem Feld ablesbar an der Behandlung der MigrantInnen und asylansuchenden Flüchtlingen in Österreich, nicht leugnet, wird die weiter ausführenden Worte beherzigen müssen, vor allem dann, wenn Rückführung von bereits in Österreich gut integrierten Familien droht.

„Im Sinne des creative adjustment wird man viel Sorgfalt darauf verwenden müssen, dass je nach Situation eben auch Retrofektion, Zurückhaltung dessen, was man denkt oder sagen möchte oder tun möchte, angebracht ist – und zwar im Interesse des Überlebens. Die taoistische Devise ‚sei biegsam wie das Gras im Wind‘ darf nicht mit Rückgratlosigkeit und ‚Windfahnen-Mentalität‘ verwechselt werden, sondern ist eine unter wechselnden totalitären Bedingungen über Jahrhunderte, Jahrtausende gereifte (Über-)Lebensweisheit“ (ibid.).

Bei einer Podiumsdiskussion im burgenländischen Kulturzentrum OHO in Oberwart (bekannt durch die Attentate an 4 Roma 1995) anlässlich der Ermordung der russischen Journalistin Anna Politkovskaja am 7.10.2006, die bewusst und kontinuierlich im Widerspruch zur offiziellen Darstellung aus der Krisenregion Tschetschenien berichtete, wendete ich einen Ausspruch Sophie Freuds am Weltpsychotherapiekongress des WCP (World Council for Psychotherapy) in Wien 2002 als Mahnung für die anwesenden Österreicher als auch tschetschenischen Freiheitskämpfer an: „Was wir nicht, absolut nicht brauchen können, das sind Helden!“

Dazu Paul Goodman: „All unsere Höllenangst betrifft die Frage, wo die Grenze zu ziehen sei. Ich sage es unverblümt: Die Angst übersteigt jedes vernünftige Maß“ (Höll, ibid., 533, cit. Goodman, 1980, 101).

Es geht also um die Grenzen der Kooperation eines „freien Menschen“ mit einem System und sich dessen bewusst sein: bis hierher und nicht weiter! Laut Goodman nicht einfach, im Gegenteil (vgl. ibid.).

4. Aspekte der interkulturellen psychotherapeutischen Praxis

4.1. Kultursensitive Aspekte

„In der interkulturellen psychotherapeutischen Arbeit (und Ausbildungsarbeit) ist es sehr wichtig, der kulturellen und sozialen Dimension als Differenz zur eigenen Kultur gewahr zu sein“ (Schulthess, 2009, 63). Schulthess verwendet gern die Metapher, dass man mit dem Einlassen auf einen Fremden, auf das Anderssein, dies am besten mit der neugierig forschenden Haltung eines Ethnologen macht, der wertschätzend das phänomenologisch Wahrnehmbare in seinem fremden Kontext zu verstehen sucht, was eben anderes als im eigenen Kontext bedeuten mag (vgl. *ibid.*).

Dazu F. Perls eigene Erfahrungen mit interkultureller psychotherapeutischer Arbeit geschildert in „Gestalt-Wahrnehmung“ (1981, 94): „Die Patienten waren natürlich nach Rassen getrennt. Nach der Apartheid 1946 nahm die Trennung von Schwarzen und Weißen zu, aber glaubt bloß nicht, dass unter dem liberalen Regime von Jan Smuts auch nur ein Hauch von Gleichheit bestand. (...) Bei den Eingeborenen unterschied ich im Prinzip zwei Formen geistigen Zusammenbruchs. Die eine trat bei den urbanisierten Eingeborenen auf, der gewöhnlich Englisch oder Afrikaans sprach, eine entartete Form des Holländischen. Er litt normalerweise an einer schweren Angstneurose. Der wilde Eingeborene jedoch, der aus dem Kraal oder den Minen kam, litt an einer Art schizophrener Neurose. Mit ihm konnte ich mich selbst mit einem Dolmetsch nicht verständigen. Ich schickte ihn zu seinem Mediziner; oft kam er geheilt zurück“.

Nach Weiterentwicklung und Verbreitung der Gestalttherapie und der Etablierung einer interkulturellen Psychiatrie können wir in diesen kurzen Ausführungen mehrere Aspekte, die eine kultursensitive Psychotherapie auszeichnen, trotz vorhandener faschistischer Bezeichnungen in Bezug auf die Sprachausübung – nämlich, „entartete Form des Holländischen“ - feststellen. Perl's Scharfsinn, seine Unvoreingenommenheit und Offenheit ließen ihn die Unterschiede der psychischen Erkrankung in Verbindung mit unterschiedlichen sozialen Feldern diagnostizieren (Angstneurose vs. schizophrener Neurose), die Bedeutung eines guten Dolmetsch, der auch transkulturelle Übersetzungsarbeit leistet und die Unvoreingenommenheit gegenüber Krankheits- und Heilungsmodellen, die unseren westlichen rationalen

nicht entsprechen, und seine neidlose Anerkennung des Heilungserfolges des Kollegen "Medizinmannes".

„Das Erkennen und Nutzen von kulturübergreifenden Gemeinsamkeiten und die Wahrnehmung kultureller Unterschiede sind wesentliche Fähigkeiten für eine kultursensitive Psychotherapie“ (Gavranidou, Abdallah-Steinkopff, 2008, 93).

Im folgenden Therapieauszug sind für mich kulturübergreifende Gemeinsamkeiten, Verständnis von Krankheit als auch Unterschiede feststellbar. Haben die weiter o.a. erkenntnistheoretischen Überlegungen nun dazu geführt, als neu praktizierende Psychotherapeutin eine Haltung der „Behutsamkeit und Zurückhaltung“ fern von einer Wissensarroganz, die dem Klienten suggeriert, dass „ich weiß, was Ihnen fehlt und was Sie falsch machen“, einzunehmen (vgl. Mehrgardt, 2002, 502f) ist Frustration in Folge dieser Haltung vielfach beim Klientel gewiss und konfrontiert eine/n mit dem nachklingenden Vorwurf der Inkompetenz.

Fallauszug 1

Ein 35-jähriger Mann aus Georgien, der auf die übliche einleitende Frage „Was kann ich für Sie tun, wie kann ich Ihnen helfen?“ sehr unwillig reagierte und antwortete: „Das sagt die Sozialarbeiterin auch immer. Um dann später zu sagen, 'Sie müssen sich selber helfen!' Wozu das Reden, wenn sie mir zu verstehen gibt, ich sei selber schuld!“

Nochmals möchte ich Mehrgardt (2002) zitieren: „Der Wissensanspruch ist gleich, ob man nun dem medizinischen oder dem sozialwissenschaftlichen Krankheitsmodell verpflichtet ist. Aus dem Wissensanspruch, der dem Arzt oder Therapeuten vom Patienten meist nahe gelegt wird,...der Behandler ist derjenige, der weiß, handelt, verantwortet“ (ibid., 501). Der Wissensanspruch, der vom Klienten an den Arzt oder Therapeutin gestellt wird, kann sehr wohl als kulturübergreifende Gemeinsamkeit gesehen werden, obwohl einige Autoren dies verstärkt für die Erwartungen von MigrantInnen anführen (vgl. Gavranidou, Abdallah-Steinkopff, 2008, 100f), die Lokalisierung der Ursachen und Ressourcen innerhalb des Erklärungsmodells der Entstehung der psychischen Erkrankung divergiert kulturell jedoch erheblich.

Die Erwartungen des Klienten an eine zielführende und erfolgversprechende Psychotherapie korrespondieren mit den dahinter liegenden Heilungsmodellen, die bei psychologischen und nicht-psychologischen Kulturen inhaltliche Unterschiede aufweisen. Während die Wahrung des Gleichgewichts als Konzept für Gesundheit sowohl den westlichen als auch den nicht-westlichen Heilungsmodellen vorsteht, bestehen Unterschiede im Hinblick auf die Lokalisierung von Ursachen und Ressourcen (vgl. *ibid.*).

„Während psychologische Verfahren internalisierend argumentieren und nach intrapsychischen Ursachen suchen (Introjekte, Konfliktlehre, dysfunktionale Überzeugungen), wird bei nicht psychologischen Kulturen nach externalisierenden ätiologischen Faktoren gesucht (z.B.: Zorn der Ahnen, böser Blick, Hexerei,...)“ (*ibid.*, 100). Wenn direkte Zugänge bei Naturheilverfahren vorherrschen, stehen bei psychologischen Verfahren indirekte Vorgehensweisen und Heilung durch Selbstreflexion im Vordergrund.

Fallauszug 2

Herr I., 39 J., aus Tschetschenien (Landminenopfer, schwerste Verletzungen erlitten, Armamputation, keine prothetische Versorgung, extreme Augenverletzung und Erblindung eines Auges, bleibende Hörbeeinträchtigung) glaubt, seine Kriegsinvalidität mit dem auf ihm haftenden Fluch erklären zu können. Seine Großmutter väterlicherseits (babuschka) hätte alle männlichen Nachkommen seiner Familie verdammt. Den Fluch, den die Großmutter am Sterbebett zurückgenommen habe, bezeugt er damit: Sie seien 14 Kinder gewesen, 5 Kinder seien bereits früh verstorben – alles Buben; 6 Schwestern und drei Brüder leben noch; er sei einer davon, der noch mit dieser „schwarzen Magie“ der babuschka belegt worden sei.

Fallauszug 3

Frau H., 52 J., kommt aus der Srbska Republika (Bosnien und Herzegowina), verh., seit 1992 in Ö, hat 2 Kinder, der 28-jährige Sohn lebt noch zu Hause, dies ist u.a. der Grund, warum sie eine Psychotherapie aufsucht.

Die Klientin erzählt mir, dass sie einen sehr bekannten serbischen „Hellseher“ telefonisch kontaktiert habe, der ihren Sohn als schuldlos am ganzen Unglück

erklärt habe. Der Sohn könne nichts für seine Entfremdung von der Familie, da ein „weiblicher Dschinn“ von ihm Besitz genommen hätte. Später fragt sich Frau H., ob der weibliche Dschinn etwas mit der von ihr abgelehnten Freundin des Sohnes aus dem Kosovo zu tun haben könnte.

4.1.1. „Look I am a foreigner“ (* cit. Fritz Morgenthaler)

Eingestehen möchte ich, dass ich in den Anfängen meiner interkulturellen Psychotherapiearbeit auch mit Zweifeln an der kulturübergreifenden Anwendbarkeit der Gestalttherapie beschäftigt war, die in den folgenden Beiträgen aus unterschiedlichen Perspektiven dargelegt werden.

„Die psychotherapeutischen Methoden, die sich seit dem frühen zwanzigsten Jahrhundert im christlich-jüdischen Zentraleuropa entwickelten, sind den neuen Anforderungen der Gesellschaft mit unterschiedlichen Kulturen, Religionen, Ethnien und Sprachen nicht mehr gewachsen; die für den westlichen Mittelstand entwickelten Therapien sind nicht ohne weiteres auf andere Kulturen übertragbar“ so Ali Kemal Gün, in „Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapeutischen Praxis“ (Gestalttherapie, Heft 2/2008).

Eine Gleichbehandlungsmaxime als therapeutisches Ideal mit der impliziten Annahme - „wir machen keinen Unterschied zwischen unseren Patienten, es ist egal, aus welchem Kulturkreis, welcher Religion oder Ethnie jemand stammt; wir behandeln gerecht, indem wir alle Patienten gleich behandeln“ (ibid., 65) – wird oft als vorurteilsfreie, unvoreingenommen objektive und daher gerechte Behandlung verstanden. Im Kontext der Therapeut – Patient - Beziehung wird es jedoch vom migrantischen Klientel als ungleiche Behandlung gesehen. Wenn die Klienten alle gleich behandelt werden, setzt das eine Ignoranz ihrer Andersartigkeit, Besonderheit und Unterschiedlichkeit voraus und führt so zu einer empfundenen Ungerechtigkeit .

*Cit. Fritz Morgenthaler, einem der Begründer der Ethnopschoanalyse, als gleichnamiger Buchtitel von Ottomeyer, Preitler , Spitzer 2010 (Hg.), Drava-Verlag

„Indem man die Ungleichheit wahrnimmt und entsprechend behandelt, behandelt man die Patienten gleich“ (ibid., 66).

Das o.a. Zitat von Fritz Morgenthaler verhalf dem Gründer der Ethnopsychoanalyse zum gewünschten Kaffee ohne Zucker mit ganz wenig Milch an einer Kaffeebar in den Vereinigten Staaten. Die Anekdote will es, dass Morgenthaler nach mehreren erfolglosen Versuchen seinen gewohnten morgendlichen Kaffee zu bekommen, nämlich nicht gezuckert und nicht hellbraun, mit dem Satz „Look I am a foreigner. I am not American, you know!“ eine verblüffende und zum Erfolg führende Wirkung erzielte. Dieses Zauberwort wiederholt im Kontakt zu Fremden angewandt, verhalf ihm zu Informationen zu gelangen, die er sonst nie bekommen hätte. Morgenthaler dazu: es war „...der Ausdruck der Konfrontation mit mir selbst. Ich will nicht sein wie der andere. Ich grenze mich ab und bin ich“ (Ottomeyer, Preitler, Spitzer (Hg.), 2010, 7, cit. Morgenthaler et al., 1984, 10).

Man könnte meinen, der kulturellen Missverständnisse gebe es kein Ende. „Ein ‚natürlicher‘ Umgang mit Kultur in der Psychotherapie scheint allerdings schwierig, diese wird entweder überbetont – Kulturalisierung aller Probleme ist die Folge davon – oder eben verleugnet mit dem Ergebnis einer einseitigen und folgenschweren Personalisierung von Problemen. Beides sind hilflose Positionen und zeugen davon, dass wir PsychotherapeutInnen zu wenig auf diesen Aspekt der psychotherapeutischen Arbeit vorbereitet worden sind, nämlich auf den Umgang mit Kultur und kulturbedingten Merkmalen unserer Klientel (vgl.Kap.2.3).

Hier einseitige Anpassungsleistungen von den Klienten zu erwarten, nämlich ein Aufgeben ihrer Kultur, insbesondere ihrer (externalen) Erklärungsansätze für die Entstehung psychischer Störungen, zugunsten einer Anpassung an die Kultur des Aufnahmelandes, insbesondere an die konzeptuellen Aspekte oder methodisch-praktischen Anforderungen der Therapeutin, ohne eigene Anpassungsleistungen an den Fremden im Patienten zu bemühen, widerspräche den fünf allgemeinen Prinzipien (siehe Kap.3.3.2.) des gestalttherapeutischen Therapieansatzes .

Wenn kulturell bedingte Unterschiede auch manchmal als Erschwerung der Interaktion zwischen TherapeutIn und KlientIn erlebt werden können, so kann bei beiderseitiger Bereitschaft das vormalige Hindernis kultureller Differenzen als

Bereicherung, die Akzeptanz der kulturell verschiedenartigen Erklärungsmodelle in ihrer Mannigfaltigkeit als Erleichterung und als Vorteil gesehen werden.

Fallauszug 4

Frau A., 56 J. alt, kommt aus Afghanistan, Kindergärtnerin, verh., 3 Ki (16 J. und 15 J. sind die Töchter, 14 J. der Sohn), auf der Flucht von der Familie getrennt, nach 6 Monaten erfährt sie über Statistiken und Namenslisten eingeschalteter NGO's, dass sich die Familie in einem Flüchtlingslager in Pakistan befindet, Dolmetsch (Farsi) notwendig.

Gleich in der ersten Stunde, die manchmal bei schwer traumatisierten Personen nicht als übliches Erstgespräch stattfindet, weint die Klientin so heftig, dass der Ausdruck „die Trennung von der Familie zerreiße ihr das Herz“ buchstäblich zu verstehen ist, da sie sich immer wieder ans Herz greift und über Schmerzen klagt; eine kardiovaskuläre Erkrankung tut Zusätzliches. Ich nehme - mit Zustimmung der Klientin zu dieser in der ersten Stunde ungewöhnlichen Intervention - für die nicht anwesenden Kinder drei Symbole (türkise Steine), denen die Klientin all ihre mütterliche Fürsorge, Ausdruck von Zuwendung und Gefühle des schmerzlichen Vermissens, Sorge und Ermahnungen, Verhaltensanweisungen usw. zukommen lassen kann.

Nachher beruhigt sich die Klientin, bedankt sich vielmals und vollführt beim Verabschieden eine Geste mit der Hand, die mich sehr berührte. Sie nimmt meine dargereichte Hand, dreht sie um und führt meinen Handrücken zur ihrer eigenen Wange und streichelt diese.

Umso verwirrender für mich setzt sich die zweite Stunde fort. Anfänglich, nachdem die Klientin die erblickten türkisen Steine in die Hand nimmt, herzt und an sich drückt, wird das Erstgespräch nachgeholt, es kommt zu traurigen Momenten, vor allem wenn das Gespräch auf die Kinder kommt. Zum Sitzungsende wird wie üblich ein nächster Termin vereinbart, die Dolmetscherin übersetzt, und die Klientin sagt, nein, nein, sie könne nicht mehr zur nächsten Stunde kommen.

Ich bin erstaunt (Asylansuchende haben kaum andere Verpflichtungen, das Trostlose ist ja die Langeweile des Nichts tun-Könnens /Dürfens!) und schlage einen anderen Termin vor. Die Klientin sagt, nein, nein, sie könne

nicht. Die Dolmetscherin übersetzt meine Worte sehr genau, vor allem ausführlich die Konsequenzen des Nichteinhaltens von Therapieterminen und dem Abbruch plus dem Hintanreihen in der langen Warteliste (Projekt OASIS). Doch nichts fruchtet. Die Klientin sagt wiederum, nein, sie könne den Termin nicht wahrnehmen.

In diesem unverständigen Moment bemerke ich ein Aufblitzen in den Augen der Dolmetscherin samt kleinem Lächeln, welches sich nur in den Mundwinkeln abzeichnet, gleichzeitig fällt mir der Ausspruch eines NATO-Generals zu Afghanistan ein, der zur Befriedung der Konflikte meinte, dass es wohl noch vieler, vieler mit den diversen Clanführern zu trinkender Tassen Tschai bedürfe, um das Vertrauen der Menschen dort zu gewinnen und daher frage ich die Dolmetscherin, ob es möglicherweise ein interkulturelles Missverständnis sei, welches sich hier auf tue. Die Dolmetscherin bejaht: „Ja, möglicherweise!“

Also sage ich zur Klientin :

-,Ich möchte meiner Einladung nochmals, allerherzlichst Ausdruck verleihen“, die Klientin verneint.

-,Frau A., es würde mich sehr freuen, wenn Sie meine Einladung zur nächsten Therapiesitzung annehmen würden“, die Klientin sagt nein.

-,Frau A., ich muss darauf bestehen, das Sie meiner Einladung zur nächsten Therapiestunde Folge leisten“, mit breitem Lächeln sagt Frau A. voller Freude zu!

Kultursensitive Aspekte in der psychotherapeutischen Praxis erfordern von der Therapeutin auch ein Überspringen des eigenen Schattens, wo nach ethischen Berufsregeln (cit. Berufskodex für Psychotherapie, III, 3 (4.6.1996): „....das Recht der Patientinnen und Patienten auf strikte Wahrung der Freiwilligkeit der psychotherapeutischen Behandlung...“) eine solche Vorgehensweise als Druckausübung gesehen werden könnte.

4.1.2. „I am muslim, don't panic" (Ausspruch auf einem T-Shirt aus Sarajewo)

J. C. Zinker schreibt zur Multikontextualität jedweder Interaktion, dass „jedwedes menschliche Phänomen oder jedwede Interaktion vom schöpferischen Menschen als Konglomerat von Bildern und Ereignissen gesehen wird, die gleichzeitig stattfinden (und wahrgenommen werden), wobei jedes Bild auf einzigartige Weise zur Gesamtwahrnehmung des Menschen beiträgt“ (Zinker, 2006,166).

Nochmals zum o.a. Fallbeispiel: Die dreimalige Wiederholung der Einladung zur Psychotherapie mit steigender Intensität, die ein Beispiel spontaner Improvisation ist, setzt sich zusammen aus dem Gewahrsein des Aufblitzens in den Augen und dem kleinen Lächeln in den Mundwinkeln der Dolmetscherin, dem sich Erinnern eines gehörten Interviews mit einem NATO-General über den nicht eben erfolgreichen Befriedungseinsatz in Afghanistan und dem Fantasiebild („Ich sitze mit überkreuzten Beinen auf einem Teppich mit der Klientin und trinke viele Tassen Tschai mit ihr“), sowie dem Abklären durch Fragen an die Dolmetscherin, ob hier ein interkulturelles Missverstehen vorliege und einem nicht weiter erklärbaren, aber wesentlichen kreativen Moment. „Der schöpferische Prozess wird in dem Moment angeregt, als wir in bedeutungsvollen Kontakt treten“ (ibid., 170). Es geht hier um eine Wechselbeziehung zwischen Erkennen und Fühlen im psychotherapeutischen Prozess und den Interventionen, die empathischem Verstehen erwachsen (vgl. Amendt - Lyon, 2006, 20).

In einer später stattfindenden Stunde gab Frau A. diese Erklärung ab: „Es ist nicht angebracht, daher auch unhöflich, das Herz einer fremden, nicht verwandten Person mit solch einer traurigen Geschichte wie der meinen mehr als zweimal zu beschweren.“

„Therapeuten und Patienten setzen Kulturbedingtheiten häufig im Sinne einer Abwehrmaßnahme ein. Kulturelle Zusammenhänge müssen als Begründung dafür herhalten, dass Differenzen in der Beziehung beider Seiten nicht geklärt werden (Gün, 2008, 58). „Leider wird dann die Möglichkeit, die der kulturelle Kontext als Projektionsfläche z.B. für Phantasien, Wünsche, Verlusterlebnisse, Trauer, Bedrohung, Ängste und Aggressionen bietet, nicht genutzt. Reflexionen kultureller

Zuschreibungen seitens der Therapeuten und Patienten könnten den therapeutischen Prozess effektiver vorantreiben.“ (ibid.). Konfrontiert mit kulturellen Differenzen, die mich sehr befremden, erbitte ich vom Klienten für mein Verstehen mehr Information über diese mir nicht leicht zugänglichen Haltungen, Werte, Erklärungen etc. und erziele damit, wie Morgenthaler anführt, erstaunliche Ergebnisse.

Der provozierende T-Shirt-Ausspruch („I am muslim, don't panic!“) aus Sarajewo versucht augenzwinkernd die Konfrontation mit einer fremden Kultur in Kontakt umzubahnen. Bei mir (mein Sohn nahm das T-Shirt von einem Schulaufenthalt mit) löste die Aufschrift Lachen aus; in der Nähe von Ground Zero, New York, würde wohl niemand lachen.

Bei Begegnungen mit Menschen fremder Kulturen ist man „Konfrontationen mit sich selbst ausgesetzt, die kleine oder große Aufregungen mit sich bringen kann“ (Ottomeyer, Preitler, Spitzer (Hg.), 2010, 8). Irritationen werden ausgelöst, tief verankerte, verborgene oder verdrängte Muster erschüttert - über die zu kommunizieren schwierig, peinlich oder gar verboten ist. Lachen oder Weinen können ausgelöst werden. „Jene beiden physischen Grundreaktionen, die bei homo sapiens auf den ‚Verlust der Fassung‘ folgen“ (ibid.).

Fallauszug 5

o.e. Frau A., die Asyl bekommen hat, sagt in einer der letzten Stunden einen für mich unerwarteten Satz: „Ich freue mich jetzt schon darauf, dass Gesicht meines Mannes zu sehen, die Miene, die er machen wird, wenn ich ihm mitteile, dass es in Österreich auch für Männer erlaubt ist, den Tisch abzuräumen!“ Wir mussten alle drei minutenlang herzlich lachen, auch die Dolmetscherin.

Fallauszug 6

Ein Mann aus Tschetschenien, dem ich mitteile, dass aufgrund des Nationalfeiertages unsere nächste Therapiestunde nicht stattfinden werde, gratuliert mir feierlich. Mich reizt das zum Lachen. Der Klient ist perplex. Auch

der Dolmetscher. Meine Erklärung, in Österreich tue man das nicht (zum Nationalfeiertag gratulieren), führt nur zur noch größerer Beschämung des Klienten. Mir ist es ist peinlich. Meine nächste Aussage bringt erst eine annehmbare Erklärung: „Mir ist das von dem kommunistischen Ex-Jugoslawien bekannt, wo Frauen zum 8. März, dem Internationalen Frauentag, gratuliert wurde“.

Fallauszug 7

Frau B. aus Nepal, 36 J. alt, verh., 1 Kind

In einer Stunde, wo es hauptsächlich um die Rolle der Frau in Nepal ging, reagiert die Klientin ungläubig bis entsetzt auf meine Feststellung, dass in Österreich viele Frauen nicht ganz zufrieden seien mit der Aufteilung der Aufgaben zwischen Mann und Frau, weil es noch keine gerechte Aufteilung sei.

Fallauszug 8

Der Klient sagte zu mir: „Frau Vlasich, warum weinen Sie? Bitte, weinen Sie doch nicht!“ Um darauf endlich selbst zu weinen beginnen!

Im Erstgespräch erzählte der um Asyl ansuchende Klient eine lückenlose, folgerichtige Lebens-, Flucht- und Immigrationsgeschichte; sehr zur Freude der Therapeutin, die das genau Umgekehrte, nämlich das Ungenaue bei den meist traumatisierten Klienten bereits zu akzeptieren gelernt hat.

Die zweite Therapiestunde eröffnete der Klient mit den Worten, „Vergessen Sie alles, was ich Ihnen das letzte Mal erzählt habe – ich habe gelogen!“ Die Identität sei eine durch gekaufte Papiere belegte, aber erlogene! Die Geschichte sei nicht wahr. Er sei kein Armenier aus Aserbeidschan und somit als Armenier verfolgt, sondern er sei Kurde (Yesside) aus Armenien und gerade von Armeniern diskriminiert, er sei seit 15 Jahren auf der Flucht.

Von 1997–2005 sei er mit seiner Familie(verh., drei Kinder) in Deutschland gewesen, dann sei er - und nur er, ohne seiner Familie - nach Armenien zurück deportiert worden. Er wolle so eine viermonatige Trennung von der Familie nie mehr wieder zulassen, deshalb habe er eine falsche Identität

angenommen, sei mit Hilfe von Schleppern nach Österreich zurückgekommen und habe seine Familie von Deutschland nach Österreich nachkommen lassen.

Von 2005 bis Juli 2009 hätten sie alle unter falschen Namen hier gelebt. Im Juli hätten seine Selbstmordgedanken und Ängste so überhand genommen, dass er sich freiwillig in ein Psychiatrisches Krankenhaus habe einweisen lassen. In dieser Zeit sei gemeinsam mit der Familie der Entschluss gefallen, sich einen Rechtsanwalt zu nehmen und die falsche Identität aufzugeben.

Alle Asylansuchenden fürchten und fiebern dem Postboten entgegen, der den positiven oder negativen Bescheid des Asylansuchens und auch sonstige Ladungen zu Interviews, Rückführungsterminen u.v.m. übermittelt. In der besagten Stunde erzählte mir der Klient von seiner Reaktion auf ein Klopfen an seiner Zimmertür. Er konnte eine halbe Stunde oder mehr, sagte er, nicht von der Couch aufstehen, auf die er sich wegen eines sofort einsetzenden Schwindels beim Hören des Klopfens setzen musste, er hätte am ganzen Körper gezittert und es wollte nicht aufhören, er konnte sich nicht und nicht beruhigen. Er würde seine Kinder, die auch in mehreren Beratungsstellen und auch Krankenhäusern in Behandlung waren, mit dieser Reaktion zu Tode erschrecken.

Der Ausdruck „zu Tode“ klang mir nach, ich fragte nach seiner Frau, nach ihrer Reaktion.

Ab dann war alles sehr mühsam für mich, mein angestregtes Insistieren, um zu verstehen („alles wurde mühsam, ich ging wie durch Watte, Nebelwand“), ich spürte, dass der Klient nicht antworten wollte. Ich aber konnte nicht aufgeben, bis der Klient dann endlich sagte: „Meine Frau und ich sind uns einig!“ Ich fragte: „Worin sind Sie sich einig?“ Der Klient: „Bis zum Äußersten zu gehen“. „Was wäre das?“, fragte ich (Ich hatte noch immer nicht verstanden!). Dann der Klient leise: „Kinder, die Vollwaisen sind, werden sie (Fremdenpolizei) doch nicht zurück deportieren!“

Jetzt schossen mir die Tränen in die Augen, ich weinte und sagte: „Ich möchte doch, dass Sie am Leben bleiben!“

Darauf weinte der Klient und ich konnte aufhören zu weinen.

4.2. Beurteilung psychischer Störungen in einer interkulturellen Praxis

Eine optimale Vorgehensweise bei der Therapie psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund setzt voraus, dass sich der/die TherapeutIn über die kulturelle Herkunft des Patienten informiert. Wenn der ethnische Hintergrund nicht erfragt wurde, dann ist es wohl schwieriger, den Blick auf die individuellen Besonderheiten des Klienten zu richten und die Behandlung an spezifische Bedürfnisse anzupassen.

Mit den Krankheitsbildern in Bezug auf Migration beschäftigen sich im deutschsprachigen Raum wenige Publikationen. Für den Behandlungsalltag in einer multikulturellen Gesellschaft werden kulturell differenzierte Sichtweisen auf psychische Erkrankungen immer unverzichtbar sein. Praxisrelevant ist die Bedeutung psychischer Symptome in den Herkunftsländern des multikulturellen Klientels. Die Diagnostik der wichtigsten Krankheitsbilder sowie die Behandlung und Betreuung von Menschen aus anderen Kulturen mit psychischen Störungen erfordern Kenntnisse des kulturellen und religiösen Hintergrundes, der wesentlich in das familiäre Umfeld des Klienten hineinwirken kann.

Christian Haasen & Oktay Yagdiran (2000), Wielant Machleidt & Andreas Heinz (2010) und Ali Kemal Gün (2008) - um nur einige Autoren zu nennen, fordern eine ausführlichere Auseinandersetzung der Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und migrationsbedingten Lebens- und Arbeitsverhältnissen, historischen Entwicklungen, familiären Strukturen, Krankheits- und Heilvorstellungen der Klienten, die erst dann ein Beurteilen psychischer Auffälligkeiten und Symptome von MigrantInnen ohne Missverständnisse im Sinne einer vermeintlichen oder tatsächlichen Psychopathologie ermöglichen.

Die Zusammenhänge zwischen Kultur und Psychopathologie sind so komplex, dass hier nur einige von Haasen & Yagdiran (2000) aufgezählten Faktoren exemplarisch dargestellt werden können. „Es kann von niemandem erwartet werden, ausreichend transkulturelle Kenntnisse zu erwerben, um alle kulturellen Aspekte bei der Beurteilung psychischer Störungen zu verstehen. Dennoch gibt es einige grundsätzliche Leitlinien, deren Berücksichtigung einige gröbere Fehleinschätzungen aufgrund von kulturellen Faktoren vermeiden lässt“ (ibid., 210).

So sei es hilfreich, „...die verschiedenen Ebenen zu berücksichtigen:

1. Auf der Symptomebene gibt es unterschiedliche Bedeutungen, Darstellungen und Gewichtungen der Symptome.
2. Auf der phänomenologischen Ebene gibt es unterschiedlichen Darstellungen von psychiatrischen Störungen.
3. Die familiäre Interaktion, die stark von kulturellen Normen abhängt, kann die Psychopathologie verstärken oder minimieren.
4. Die Reaktion der Gemeinde oder Gesellschaft auf abnormes Verhalten unterscheidet sich deutlich von einer Kultur zu anderen.
5. Die Prognose für eine psychiatrische Störung ist in verschiedenen Kulturen sehr unterschiedlich“ (ibid.).

Haasen & Yagdiran (2000) geben im vierten Band der Schriftreihe der DTGPP (Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.) einen guten Überblick über psychische Erkrankungen und die Bedeutung dieser in den verschiedenen Kulturen.

Exemplarisch ist hier auch nur die Auflistung von Organchiffren, Metaphern und Symbolbildern, die von Gün (2008) für aus dem türkisch-islamischen Kulturkreis stammende Klienten ausgeführt werden. In kulturell erlernter Art und Weise werden Trauer, Krankheiten, Schmerzen u.a. durch in Redewendungen eingebettete Organchiffren ausgedrückt. Störungen des Gleichgewichts sind häufig Hinweise auf seelisches Leiden (vgl. Gün, 2008, 64 ff).

Der Therapeut sollte in Kenntnis des Herkunftslandes Chiffren und Symbole „richtig“ verstehen und deuten:

- „meine Leber fällt“ ist Ausdruck für Verlust, Trennung und Trauer
- „meine Leber wird groß“ weist auf Leber- und Oberbauchschmerzen hin, die aufgrund von Verlust (z.B.: Todesfall), schwerem Unglück, Schmerz, Traurigkeit, Sorgen entstanden sind
- „Mein Inneres brennt“ – man ist sehr traurig, aber auch: man hat Durst
- „Meine Gallenblase ist geplatzt“ – man ist erschrocken, hat große Angst, ist ev. traumatisiert
- „sie/er hat meinen Kopf gegessen“ – weist nicht, wie häufig angenommen, auf Schizophrenie hin, sondern meint sie/er hat mir „zugeredet“
- „sie/er hat den Kopf gegessen“ – meint, dass „sie/er verrückt geworden ist“, könnte auf Schizophrenie bzw. eine schwere seelische Krankheit hinweisen.

Weitere Chiffren sind: „mein Herz wurde eng“ für Heimweh, „meine Arme und Flügel sind gebrochen“ als Ausdruck für tiefe Trauer,

Fallauszug 9

Die bereits erwähnte Klientin A., verwendete für die angespannte Situation beim Interview im Bundesasylamt folgende Metapher: „Ich war im Mund des Todes!“

Nicht immer kann diese soziokulturelle Übersetzungsarbeit gelingen bzw. nicht alle Chiffren, Metaphern kann man kennen und folglich richtig deuten, wenn man jedoch die dialogische Prozessorientierung als eine der fünf Prinzipien des gestalttherapeutischen Ansatzes einhält (Kap.3.3.2.), können Fragen und Verge-
wisserungen wie „Was meinen Sie damit?“, „Was verstehen Sie darunter?“, „Glauben viele Menschen in Itschkeria (Tschetschenische Rep., Fallauszug 2) an die Macht der schwarzen Magie?“, „Konsultieren viele Menschen diese Hellseher in Bosnien?“ etc. den kommunikativen Bezug der Chiffren entschlüsseln und die Dechiffrierung ermöglichen sowie eine Bewertung des Sachverhaltes und die individuelle Bedeutung der Krankheit auch auf der Vorstellungs- und Verständnisebene des Klienten übertragen helfen. Es besteht auch die Gefahr, dass das gemeinschafts- und körperbezogene Krankheitsverständnis als Zeichen menschlicher Unreife gesehen wird, da der/die westliche TherapeutIn laut Pfeiffer (1995) dazu neigt, „die pathogenen Konflikte in der Person des Patienten zu lokalisieren“ und diese auf dem Weg der Introspektion zu bearbeiten (vgl. Haasen und Yagdarin, 2000, 19, cit. Pfeiffer, 1995). Auch dieser Neigung können wir aufgrund unserer erkenntnistheoretischen Haltung sehr bewusst begegnen.

4.2.1. Reflexionen zur Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Behandlung der Folgen eines traumatischen Erlebnisses hat enormes Interesse in den letzten 25 Jahren bei PsychotherapeutInnen geweckt, sodass von einem Boom bei der Traumaforschung gesprochen werden kann. Das war nicht immer so. Judith Lewis Herman (1993), Luise Reddemann (2001), Ulrich Sachsse (2004), Michaela Huber (2005, 2006) u.v.a. haben sich mit dem Trauma und seinen Folgen

in Theorie und Praxis auseinandergesetzt. Es waren wissenschaftliche Erforschungen der Psychotraumatologie, die auf den Pionierleistungen der Väter der Psychoanalyse (Freud, S., Janet, P. und Frensz, S.) aufbauend, sich einem Thema widmeten, das periodisch tabuisiert wurde. Zu Ende des 19. Jhd. rüttelte die wissenschaftliche Untersuchung der Hysterie an den gesellschaftlich codierten Normen des damaligen Frauseins. Die Beschäftigung mit traumatischen Störungen wurde im Zuge der Untersuchungen an Kriegsveteranen (vor allem Vietnamkrieg) wieder aktuell.

Der Frauenbewegung ist es zu verdanken, dass ins öffentliche Bewusstsein die ganze Bandbreite von privater, häuslicher, sexueller Gewalt gezeit wurde. Es wurden gewisse Standards und Leitlinien der PTSD-Therapie gegründet, auf den gesammelten Erkenntnissen aus der Praxis über die verschiedenen Therapiemodelle aufgestellt. David Vyssoki & Traude Tauber (2004) geben einen Überblick über Therapieverfahren und Behandlungstechniken. Die therapieschulenübergreifenden Methoden werden in patientenorientierter Weise angewendet und sind daher nicht einheitlicher Natur. Doch ist es „die Vielschichtigkeit der Symptomatik auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene sowie die Art, die Schwere, das Alter und der soziale Kontext der Traumatisierung, genauso wie störungsspezifische, kulturspezifische und personenabhängige Besonderheiten, die einer übergreifenden Therapie bedürfen“ (ibid., 108).

„Jede Form der Traumafolgestörung stellt einen Versuch dar, mit dem traumatisierenden Ereignis und den Schäden, die es angerichtet hat, zurechtzukommen. Jede einzelne stellt einen Versuch dar, eine unterbrochene Handlung zu Ende zu bringen, eine Gestalt zu schließen. Man könnte sagen, Gestalttherapie ist aus diesem Grund genuin Traumatherapie. Wolfgang Wirth (2008) belegt dies in seiner Darstellung der Lebens- und Traumageschichte von Fritz Perls auf eindrucksvolle Weise“, schreiben Heide Anger und Peter Schulthess im Vorwort zur 2008 herausgegebenen Publikation mit dem Buchtitel „Gestalt - Traumatherapie“ (ibid., 7ff; siehe auch Kap.3.2.). Aber nicht nur die persönlichen Biographien der Begründer der Gestalttherapie, sondern auch die Zeit der Entstehung der Gestalttherapie ist eine Epoche zwischen zwei Weltkriegen, somit von Traumata geprägt, daher ist es nicht verwunderlich, dass im Gründungsbuch „Gestalttherapie“

Beschreibungen traumatischer Konstellationen und die Thematik traumatischer Verarbeitung, ohne explizit so genannt zu werden, reichlich beschrieben werden.

Mit der Behandlung von Traumafolgen und einer Reihe von Besonderheiten, die vom Gestalttherapeuten zu beachten sind, hat sich Ulrich Wolf bereits 2001 beschäftigt.

„Ein gestalttherapeutisches Modell der posttraumatischen Belastungsstörung schaut auf die Veränderungen und Blockierungen im Kontaktzyklus und in der Gestaltbildung. Hier fällt auf, dass das traumatische Erlebnis zu einer Unterbrechung des spontanen Gestaltbildungsprozesses geführt hat“ (Wolf, 2001, 831). Konzepte zur Erklärung psychischer Traumata, Phänomenologie der Posttraumatischen Belastungsstörung, allgemeine behandlungs-technische Hinweise der Traumatherapie, Ansätze der Traumatherapie und gestalttherapeutische Grundprinzipien hat ausführlich *Herta Hoffmann-Widhalm* (2004) behandelt.

„Integrative Gestalttherapie und Trauma“ (2009) ist eine Graduiierungsarbeit von Tanja Awecker, die die Traumatherapie nach Reddemann, nach Huber und Butello sowie gestalttherapeutische Konzepte und Techniken behandelt.

Aufgrund der vielfach erwähnten AutorInnen gestalttherapeutischer Provenienz, die sich der Gestalttherapie bei Traumafolgestörungen widmen, möchte ich nun einige Aspekte der Gestalttherapeutischen Traumaarbeit meiner interkulturellen Praxis herausfiltern und diese auch anhand von Auszügen von Therapieverläufen abhandeln.

Aufgrund der vielfach erwähnten AutorInnen gestalttherapeutischer Provenienz, die sich der Gestalttherapie bei Traumafolgestörungen widmen, möchte ich nun einige Aspekte der Gestalttherapeutischen Traumaarbeit meiner interkulturellen Praxis herausfiltern und diese auch anhand von Auszügen von Therapieverläufen abhandeln.

Da das Trauma als „unfinished business – im Sinne einer offenen, un abgeschlossenen Gestalt“ gesehen werden kann, „geht die gestalttherapeutische Traumatheorie von der Begegnung mit einem Ereignis aus, welches die aktuell verfügbare Selbst-Integrationsfähigkeit und Selbstunterstützung (self support im Sinne von Lore Perls) übersteigt“ (Anger/Schulthess, 2008, 33ff). Im gestalttherapeutischen Sinn geht es um eine festgefahrene Notfallreaktion, die das Individuum zum Zeitpunkt des Schreckens, der Ohnmacht und Hilflosigkeit schützen sollte. Diese Erstarrung und Unterbrechung der Kontaktfunktionen sind der zentrale Arbeitsfokus gestalttherapeutischer Therapie, die durch die strikt phänomenologische Grundhaltung der Gestalttherapie erfahrbar, mit Hilfe eines unspezifischen supportiven Feldes - ressourcenorientierte Haltung, erreicht durch Aufmerksamkeit, Konzentration, soziale Zeugenschaft und Beziehung - aufgelöst und so wieder in den Erlebens- und Zugriffsbereich des Individuums gelangen können. Der Einbezug

des Körpers, die dialogische Gestaltung und Reflexion der Beziehung, die Bewusstheit der Organismus-Umweltbedingtheit (Feldeinflüsse) sowie die Integration traumatisch versprengter Erlebnissplitter zu einem Ganzen gehören zur gestalttherapeutischen Arbeit der Traumafolgestörungen. Die direkte Bearbeitung von Gefühlen, hier kommt den hemmenden Gefühlen Scham und Angst besondere Aufmerksamkeit zu, und der Fokus auf das Hier-und-Jetzt lassen das dissoziierende Bewusstsein wieder zurück in den gegenwärtigen Körper finden. „Die Integration der dissoziierten, abgespaltenen Selbstteile ist dabei das eigentliche Ziel“ (vgl. *ibid.*, 38).

Eine stabilisierende Therapie bei Traumafolgestörungen ist allen psychotherapeutischen Schulen und Behandlungsansätzen eigen. Einen prägnanten Überblick über gut miteinander kombinierbare Ansätze zur Traumatherapie gibt Hoffmann-Widhalm (2004), da bei Behandlung posttraumatischer Störungen zunehmend eine Methodenvielfalt und –integration als notwendig erachtet wird. Traumatherapeutische Verfahren wie EMDR (eye movement desensitization and reprocessing nach Shapiro, 1995), zehn Interventionslinien bzw. Strategien der Integrativen Therapie nach Josic und Petzold (1995) und eine mehrphasige integrative Traumatherapie nach Butollo (1998) betonen die Arbeit an Sicherheit und Stabilität in der therapeutischen Behandlung als Voraussetzung für die Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis und der abschließenden Arbeit an der Integration des Traumas, welches nicht Löschung der traumatischen Ereignisse, sondern ein Damit-leben-Können bedeutet (vgl. Hoffmann-Widhalm, 341ff).

Während außer Frage steht, dass Sicherheit gebende und stabilitätsfördernde Maßnahmen gesetzt und ein ausreichend supportives Feld geschaffen werden soll, ist bei Annäherung an die traumatische Erfahrung in der Phase der Traumakonfrontation höchste Achtsamkeit geboten. „Voraussetzung für Traumakonfrontation ist, dass jemand ausreichende Sicherheit zur Verfügung hat. Und zwar Sicherheit in der Beziehung oder den Beziehungen zur Außenwelt, Sicherheit in der Beziehung zur Therapeutin und in der Beziehung zu sich selbst“ (Reddemann, 2008, 109). Der Nutzen für den Heilungsprozess wird nach Reddemann überschätzt. Vor kathartischen Techniken bei Traumapatienten wird gewarnt, da die Gefahr einer emotionalen Überflutung gegeben ist.

„Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD – ‚posttraumatic stress disorder‘) ist im Zuge der letzten Jahrzehnte in zunehmendem Maße in den Mittelpunkt

psychiatrisch - gutachterlichen Interesses geraten und ist so zum Gegenstand behördlicher und gerichtlicher Auseinandersetzungen geworden“ (Friedmann, Hofmann, Lueger-Schuster, Steinbauer, Vyssoki (Hg.), 2004, 75f). Aus diesem Grunde und auch weil der Großteil der asylansuchenden Flüchtlinge in meiner psychotherapeutischen Praxis durch (un-) menschliches Handeln traumatisiert wurde und dieses men-made-disaster so gewaltig und gewalttätig war, dass ganze soziale Gefüge zerstört wurden, mit direkten Folgen für die (Über-)Lebenden wie Flucht bzw. Migration, möchte ich weitere Reflexionen diesem speziellen Aspekt nachreihen.

4.2.2. Reflexionen zu politisch motivierten Traumata

Fritz Perls beschreibt in „Gestaltwahrnehmung. Verworfenes und Wiedergefundenes aus meiner Mülltonne“ eine, wie er es nannte „Spektakuläre Heilung“, die, wenn man mit Psychotherapie arbeitet, nur selten sind (vgl. Perls, 1981, 95f). Ein schwer traumatisierter Soldat wird von ihm unter Pentothal gesetzt. Perls erfährt, dass er im Konzentrationslager gewesen war, er spricht deutsch mit ihm, führt ihn zurück zu den Momenten seiner tiefsten Verzweiflung und löst den Block, der den Soldaten am Weinen gehindert hat. „Er weinte sich wirklich die Augen aus“, schrieb Perls und zeigt uns damit, wie ungeheuer wichtig trauern zu können für einen Heilungsprozess ist und er zeigt uns einen Sprachwechsel vor der Phase der Traumakonfrontation auf.

Gewiss gibt es eine ganze Reihe von Erfahrungen, die bei den meisten Menschen PTBS-Reaktionen auslösen würden. Die Dauer der Reaktionen ist wiederum abhängig von unterschiedlichen Faktoren und ist Folge und Kombination so genannter Vulnerabilitätsfaktoren, Risikofaktoren und Belastungsbedingungen einerseits und Protektivfaktoren, Ressourcen und Supportfaktoren andererseits (vgl. Friedmann, 2004, 20f). Da sich die Annäherung an die traumatische Erfahrung in jeder Traumaarbeit, gewiss auch in der gestalttherapeutischen, erst im ausreichend supportiven Feld heilsam entfalten kann, wenn ausreichend Kräfte zur Verfügung stehen, „um dieses Mal den psychologischen und inneren Kampf zu gewinnen bzw. zu ertragen, ohne zu zersplittern“, stellt sich die Frage, inwieweit bei einem unsicheren Aufenthaltsstatus und der eventuellen Rückführung ein konfrontatives Vorgehen zur Entscheidung freisteht?

Dazu Ibrahim Özkan (2004): „....solange die rechtliche Situation des Patienten nicht geklärt ist, kann dennoch keine traumazentrierte therapeutische Aufarbeitung des Traumas erfolgen, da durch den meist unsicheren Aufenthaltsstatus eine Sicherheit (körperlich und psychisch) nicht gegeben ist“ (Özkan, 2004, 397).

Die in manchen Fällen zu langen Wartezeiten bei Asylverfahren in Österreich lassen mich eine andere, nicht rigide Haltung einnehmen. Der Klient und seine individuelle Situation, seine Lebensgeschichte, seine traumatische Erfahrung und seine Belastung sind die ausschlaggebenden entscheidenden Faktoren für oder gegen eine Traumakonfrontation. Angeraten ist jedoch ein behutsames, dem Tempo des Klienten entsprechendes Vorgehen, welches der äußerlich beschreibbare Vorgang ist, die innere, höchst individuelle Integrationsleistung des Klienten-Selbst ist nicht vorhersehbar, plan- oder machbar (vgl. Anger / Schulthess (Hg.), 2008, 41). Auch müssen wir uns bewusst sein, schreibt Hoffmann-Widhalm, „dass wir bei der Auswahl geeigneter therapeutischer Interventionen Gefahr laufen können, selbst intrusiv zu wirken und befinden uns diesbezüglich ständig auf einer Gratwanderung“ (2004, *ibid.*, 349).

Fallbeispiel 10

Ein 30-jähriger Mann aus Sibirien, Journalist, 7 Monate im Gefängnis, Folteropfer, Schubhaft-Aufenthalte in Österreich, Niederlande, Schweden und Finnland, Hungerstreik in Österreich (24 Tage).

Das große Misstrauen des Klienten gegen alle und jeden, das sich Verfolgt- und Beobachtet - Fühlen, lässt ihn auf meine Fragen einsilbig („ja“, „nein“, „vielleicht“, „ich weiß nicht“) oder mit Schweigen antworten. Der Klient erzählte mir, dass ihn ein Psychiater der Schubhaft in Norwegen als „paranoid“ bezeichnet hätte, dies jedoch mit der Bemerkung abgeschwächt hätte, dass diese Reaktion bei seiner Geschichte nicht weiter verwunderlich sei. Er könne sich nie jemandem anvertrauen, da er fürchte, dass sein Aufenthaltsort so ausfindig gemacht und an den Geheimdienst verraten werden könnte.

In der vierten Stunde schlage ich dem Klienten ein Experiment vor, dem er zustimmt. Ich sage ihm, dass ich sehr wohl wahrgenommen habe, dass meine Fragen ihm schon zu nahe gingen und eine ganze Kette von Befürchtungen auslösten, die in die Richtung gehen: „Warum fragt sie das? Was könnte sie

damit bezwecken, wie dienlich ist ihr meine Antwort? Wem könnte sie diese Information weitergeben, ist der Geheimdienst in irgendeiner Weise involviert?“

Das Experiment geht um Wahrnehmung von eigenen Grenzen und der damit einhergehenden Bewusstmachung angenehmer bzw. unangenehmer Empfindungen. Da diese Therapiestunden im großen, lang gestreckten Saal des Wirtshauses stattfanden, hatte ich von der Raumgröße her keine Probleme, meine Idee auszuführen. Ich bat den Klienten aufzustehen, die Augen zu schließen und sich eine Person vorzustellen, der er am wenigsten vertraut. Ich ging auf Distanz zum Klienten und bat ihn dann „Stopp“ zu sagen, wenn die Distanz zwischen ihm und dem Menschen, den ich momentan personifizierte, ausreichend sei und ein erträgliches, erleichtertes Empfinden bei ihm auslöse. Ich war gute zwanzig Meter von meinem Klienten entfernt. Daraufhin bat ich den Klienten, sich wieder auf mich als seine Psychotherapeutin zu konzentrieren. Ich ging langsamen Schrittes auf den Klienten zu, ließ viel Zeit verstreichen, um ihm Gelegenheit zum Spüren zu überlassen und bat ihn „Stopp“ zu sagen, wenn die Distanz in unangenehme Nähe zu kippen drohte. Jeder von uns nahm an der gestoppten Stelle im Sessel Platz. Wir führten unsere Stunde weiter fort. Die Distanz zwischen uns betrug 8-10 Meter.

Der Klient erzählte in dieser Stunde das erste Mal fließend viel Privates aus seiner Biografie.

Meine Erklärung, dass seine Sicherheit wohl bei dieser Distanz eher gegeben sei, da eine eventuelle Flucht durch ein Davonlaufen möglich sei, bestätigte der Klient.

Inwieweit das geschilderte Vorgehen eine Fixierung und ein Verhaftet-Sein in einem vergangenen Augenblick aufgeben und es zu einem Wachstum des Selbst bis zur Integration der abgesplitteten Selbstanteile kommt, wird die zukünftige Therapiearbeit weisen.

„Politische Verbrechen stellen sich im Therapieraum anders dar als in der Welt der Geschichte und der Politik. In der Psychotherapie ergeben sich Gesichtspunkte der Verbrechen, die zwar fast nie in irgendeiner wesentlichen Hinsicht die historische und politische Interpretation der Ereignisse ändern, aber für den einzelnen Betroffenen

große Bedeutung haben. Wo es Opfer gab, gibt es auch Täter. Nicht selten ist auf historischer, politischer, ethischer und auch dialektischer Ebene schwer zu definieren, wer Opfer und wer Täter ist. In der Psychotherapie von traumatisierten Flüchtlingen steht ohne Zweifel fest, wer Opfer geworden ist“ (Brune, 2010, 52). Kontextuell für das o.a. Fallbeispiel 10 möchte ich das „Album spezial“ der Zeitschrift Standard vom 11.12.2010 über russische Pressefreiheit und der Verleihung des Press Freedom award an zwei russische Journalisten durch Reporters sans Frontières erwähnen: „Elf russische Journalisten haben allein 2010 gewaltsam ihr Leben verloren“. Mindestens 312 Journalistinnen und Journalisten wurden seit 1993 in der Russischen Föderation ermordet“ (ibid.,1).

„Krieg und Folter sind so ungeheuerlich, dass sie von der Welt meist nur indirekt und in abgeschwächter gefilterter Form wahrgenommen werden. Viele Opfer von Krieg und Folter leiden gerade darunter, dass sie ihre Erfahrung nicht kommunizieren können. Niemand möchte ihre Berichte hören und wenn doch, dann glaubt man ihnen nicht. Oft werden Menschenrechtsverletzungen totgeschwiegen, von den Tätern systematisch verschleiert und verleugnet und von Asylbehörden nicht geglaubt. Aus diesem Grund ist es für viele Patienten sehr wichtig, dass jemand ihre Geschichte anhört und gewissermaßen als Vertreter der Welt offiziell zur Kenntnis nimmt. Die Funktion des Zeugen ist somit für Therapeuten von Folter- und Kriegsoptionen zentral“ (Maier, 2007, 83).

Ulrich Wolf (2001) stellt die Frage, inwieweit gesamtgesellschaftliche Hintergründe in Deutschland das Interesse an Untersuchungen der PTBS erst in den 90-er Jahren haben aufkommen lassen, und sieht es im Zusammenhang mit der nicht ausreichend erfolgten Verarbeitung des Nationalsozialismus und der Kriegserlebnisse. Im Gegensatz dazu gab es in Ländern wie Israel ein großes Interesse an Forschungen im Bereich der Psychotraumatologie. Im zweiten Weltkrieg gab es in der Deutschen Wehrmacht auch keinen einzigen Fall eines anerkannten PTBS, ganz gegenteilig zur Häufigkeit entsprechender Diagnosen bei den Alliierten. Weiter stellt Wolf selbstkritisch fest, wie sehr auch er (u.v.a.) von diesem Denken in seinen diagnostischen Wertungen beeinflusst war, dass jemand, der auf ein Trauma extrem reagiert, vermutlich auch schon vorher neurotisch oder eine Persönlichkeitsstörung gehabt haben müsse. Zur Ideologie des Nationalsozialismus und wie ein deutscher faschistischer Mann zu sein habe (vgl. Theweleit, Männerfantasien, 1978), gehört

natürlich, dass er auch Belastungen aushalten kann. „Dabei ist es doch eigentlich ganz logisch und einfühlbar, dass viele von uns nach einem schweren traumatischen Ereignis Symptome im Sinne einer PTBS entwickeln würden“ (Wolf, 2001, 830).

In den nachfolgenden Ausführungen beschäftige ich mich mit den Nachwirkungen und psychosozialen Folgen des Nationalsozialismus auf die Kinder und Enkelkinder der Täter und der überraschenden Ähnlichkeit der Symptome bei den Kindern der Überlebenden im Hinblick auf meine berufliche Identität als Psychotherapeutin und persönlich Betroffene.

„In den 80-er Jahren entstand neben der Opferforschung auch die Täterforschung, in der die Mehrgenerationen-Perspektive im Vordergrund stand“ (Hölzl, 2009, 311). In Deutschland wurden die Forschungen in diesem Bereich 1987 von Dan Bar-On, einem israelischen Psychologen, mit seinen Studien über Täter-Kinder initiiert. Mit der Einführung von Selbsthilfegruppen für Täter-Kinder und den Treffen mit den Kindern der Opfer ermöglichte *Dan Bar-On* eine einzigartige gesellschaftliche Aufarbeitung der nationalsozialistischen Vergangenheit sowie Versöhnung. In den sozial-wissenschaftlichen, -psychologischen Diskursen, so auch in der Psychotherapie, waren Deutungskämpfe entlang unterschiedlicher Standorte und Interessensregelungen die Folge.

Ein Artikel von Hilde Heindl (2006) handelt von der Schwierigkeit, das Gute vom Bösen zu unterscheiden, von TäterInnen und MitläuferInnen in der Zeit des Nationalsozialismus und der Weitergabe von Traumatisierungen über Generationen. Ihre Reflexionen handeln von Eltern-Kind-Beziehungen, die mit Schweigen über die aktive und passive Beteiligung ausgefüllt waren. Die TäterInnen und MitläuferInnen hinterließen die Nachkommen in Unkenntnis und Verwirrung und bei fortgesetztem Hinterfragen drohte familiäre Ausgrenzung (vgl. *Gestalttherapie*, 20.Jg., 2.Heft, 2006).

Beim 3. Weltkongress für Psychotherapie in Wien (2002) konnte ich nach einem Vortrag von Jürgen Straub über „Die prekäre Äquivalenz: Performative Aspekte vergleichender Forschungen in der Untersuchung ‚Psychosozialer Folgen des Nationalsozialismus‘ bei Nachkommen von Tätern und Opfern“ als Anfängerin (Propädeutikum-Status) Zeugin einer hitzigen Debatte unter PsychotherapeutenkollegInnen sein. Die kollegialen Wortgefechte zeigten deutlich, dass ein politischer Standpunkt zu den Geschehnissen und die Aufarbeitung des Nationalsozialismus

auch und gerade für PsychotherapeutInnen eine berufsidentitätsstiftende Frage ist, die keinesfalls aus den Therapieräumen ausgeschlossen werden kann. So sehr sich auch die Phänomene bei den Nachkommen von Tätern und Opfern gleichen, so sehr auch Ähnlichkeiten der auftretenden psychosozialen Folgen einen Vergleich suggerieren, so wenig findet Straub es wissenschaftlich und ethisch statthaft, und ich bin hierin durchaus seiner Meinung, wenn die Schrecken des Dritten Reiches auch die Kinder der Täter verstört und beschädigt haben und sie in eine ähnlich große Nähe zum „seelischen Tod“ (Straub, cit. Moser T.) wie die Kinder der Opfer gebracht haben, Phänomene wie z.B. „das Schweigen“, das sowohl in Familien von Tätern als auch Opfern ausgemacht wurde, als ein vermeintlich homogenes, äquivalentes Phänomen zu sehen. Im Gegenteil meint er, „Schweigen ist nicht gleich Schweigen“, es kann ein „Verschweigen“, ein „Be-schweigen“ sein, ist jedoch in seiner transgenerationalen Tradierung als sinn- und bedeutungsstrukturiertes Phänomen nur als Schweigen im familiären Kontext interpretierbar und daher ist das Schweigen in seinen Wirkungen und Funktionen für die Nachkommen der Täter und Mitläufer nicht äquivalent zum Phänomen des Schweigens in den Familien der Überlebenden der Shoa zu setzen (aus: Audioaufnahme des Kongresses durch AudiOtorium Netzwerk; Produktion und Vertrieb).

Der Nationalsozialismus betrifft auch meine Familie, meine Herkunft. Und wenn ich von „Zwischen zwei Stühlen zu sein“ spreche, so ist auch „Zwischen zwei Welten zu sein“ (Hölzl, ibid. 313, cit. Müller-Hochhagen, 2005, 150) keine übertriebene Metapher, wenn man beide Seiten in sich trägt: die, der Opfer und die, der Täter.

Die Auseinandersetzungen um die freie Wählbarkeit zwischen Gut und Böse, das betretene Schweigen und die ambivalente Haltung bis zum Erzählen über den Nationalsozialismus innerhalb der Familie, die Zeit der langwierigen Recherchen in den Archiven, das „Nicht reden“ und das „Heil der Konfrontation“ beschreibt Nina M. Hölzl (2009) in einer mich im Besonderen berührenden Weise ob der Nähe zu meiner eigenen Geschichte.

Es erscheint banal zu erwähnen, dass auch in der Behandlung von Folter- und Kriegsoptionen die üblichen Regeln der psychotherapeutischen Arbeit strikt einzuhalten sind. Einerseits sind die erlittenen Traumatisierungen in der Regel Verbrechen und Menschenrechtsverletzungen, die erfordern, dass man klar Partei für den Klienten

bezieht und nicht den Eindruck erweckt, hier nüchtern zu diskutieren und zu reflektieren, andererseits kann man nicht in allen Belangen eine unkritische und parteiliche Haltung zugunsten des Klienten einnehmen, da auch Opfer von Folter und Krieg dysfunktionale und hinterfragenswerte Verhaltensweisen aufzeigen. (vgl. Maier/Schnyder (Hg.), *ibid.*, 81). „Die Tendenz, Opfer von Gewalt zu schonen und ihnen aus falsch verstandener Parteilichkeit keine Grenzen zu setzen“ (*ibid.*) ist problematisch und lässt sich auch nicht durchführen, wenn es zur Vermischung von Täter- und Opferanteilen kommt. Ein besonders schwieriges und häufig verleugnetes Thema ist die Therapie von Tätern. Es kommt auch selten vor, dass Täter sich outen und Schuld, schlechtes Gewissen und Verantwortung als Thema einbringen.

„Sexualisierte Gewalt und Folter an Frauen und Mädchen sind Bestandteil jeden Krieges. Es gibt ein erschreckend hohes Ausmaß von Vergewaltigungen im Krieg. Sexualisierte Gewalt ist nicht nur eine besonders perverse Form der Kriegsführung, sondern eine traumatisierende Alltagserfahrung von Frauen und Kindern in vielen Ländern weltweit. Laut medica mondiale e.V., die traumatisierte Frauen und Mädchen in Kriegs- und Krisengebieten unterstützen, waren die Massenvergewaltigungen im Bosnienkrieg Anfang der 90er Jahre kein unerklärlicher Ausreißer. Während des Kosovo-Krieges 1998/99 wurden zwischen 23.000 und 45.000 Frauen Opfer sexualisierter Gewalt! (vgl. <http://www.medicamondiale.org>., 2010)

Fallbeispiel 11

Frau B., 37 J. alt, aus Kosovo, ist Angehörige einer Subgruppe der Roma - Minderheit (Aschkali), Analphabetin, verh., hat einen 10 J. alten Sohn, mit 14 J. hat sie ihren Mann geheiratet, spricht gut Deutsch, kein Dolmetsch notwendig; sie kommt aus einer Großfamilie mit 7 Geschwistern.

Die Klientin war 15 J. in Deutschland, wurde Ende 2004 nach Kosovo zurück abgeschoben, 4 ½ Mon. in Kosovo, nach der traumatischen Erfahrung ist sie mit der Familie nach Ö (2005) geflüchtet.

Trauma: vier maskierte Männer brachen nachts in ihr Haus und in das Schlafzimmer ein, schlugen und knebelten den Mann, vergewaltigten die Klientin mehrmals nacheinander und drohten nächstens wiederzukommen und

wehe, wenn sie bis dahin kein Geld aufgetrieben hätten. Ihr Sohn war auch im gemeinsamen Schlafzimmer anwesend!

Die Klientin kam in die Therapie, da sie seit 4 Monaten vermehrt Probleme hatte, im Krankenstand ist und auf Kur geschickt wird. Sie erzählte mir, dass im Asylheim, welches ein normales Dorfgasthaus mit Disco am Wochenende ist, folgendes passierte: vier betrunkene Männer wollten nach einer ausgelassenen Wochenendtour die ehemaligen Bewohner dieses Zimmers besuchen, klopfen an, die Klientin öffnet die Tür, sieht die Männer und fällt bewusstlos um.

Sie wird ins KH gebracht und redet die folgenden vierzehn Tage mit niemandem, verkriecht sich unter der Decke, steht nicht auf, bekommt Medikamente verschrieben, doch die „Scham und Schande“ hält sie davon ab, irgendjemandem etwas mitzuteilen, denn niemand, nicht einmal ihre beste Freundin, darf „davon“ wissen. Nach der Entlassung erfolgen zwei Suizidversuche, vor allem auch deshalb, weil ihr Mann in der Zwischenzeit eine Internetbekanntschaft geschlossen hat.

Interventionen: Erstellen einer Ressourcen- und Notfallliste, sollten suizidale Gedanken überhand nehmen; mehrere imaginative Übungen mit „Verschließen der Traumatischen Bilder im Safe“, „Versenken der Traumatischen Bilder im Meer“, Anwenden von EMDR-Techniken um „sicheren Ort“ zu verankern, um Ängste und negative Gefühle zu verkleinern, Psychoedukation und Infos zu PTBS, Reinigungsrituale um den „Schmutz“ abzuwaschen (Wasserfall),

Bei Entspannungs- und Atemübungen mit geschlossenen Augen kommt es zum Hochkommen von Traumabildern (5. St.), die Klientin verkrampft immer wieder ihre Hände und kratzt mit den Fingernägeln auf ihren Oberschenkeln; auf die Frage, was ihre Hände am liebsten tun würden, kommt es unter Anleitung zu einer Abkehr von Ohnmacht und Hilflosigkeit zum Angriff, die Klientin fantasiert, dass sie mit ihren eigenen Händen die Hoden des Vergewaltigers zerquetscht. Anschließend Reinigungsritual!

In den nächsten Stunden kommen vor allem Ängste vor der dreiwöchigen Kur zur Sprache, vor dem Alleinsein im Zimmer und der Untreue des Ehemannes, wenn sie weg ist. Medikamentenmissbrauch (doppelte Dosis) während der

zweiten Kurwoche nach dem Besuch des Ehemannes, da die Klientin ihr Misstrauen bestätigt wähnt.

Geschenk von der Kur für die Therapeutin mitgenommen (Perlenkette); bei so einem großzügigen Geschenk, welches ich nun annehmen musste, da ich in einer früheren Stunde ein Bakschisch von € 20,- abgelehnt hatte, bestand ich beim Abschied (Therapieprojekt OASIS) darauf, die Klientin nun ihrerseits zu beschenken.

Fallbeispiel 12

Herr und Frau S., beide 30Jahre alt, kommen aus Montenegro, verh., 3 Kinder (13 J. und 2,5 J. Buben; 0,8 J. Mädchen);

Die zwei NGO's, die im Bgld. die Flüchtlinge/ Asylansuchenden betreuen, weisen mir aufgrund eines Missverständnisses den Herrn S. zu. Erst in der 2. St. kommt das Gespräch darauf, dass der Klient bereits psychologische Beratung einer Gewaltinterventionsstelle in Anspruch nimmt. Mit Einverständnis des Klienten kontaktiere ich in späterer Folge den Männerberater und wir kommen überein, dass ich zeitgleich keine PT anbieten werde.

Da die Beratungsgespräche im Asylheim stattfinden, ruft mir die Frau des Herrn S. auf dem Weg zum Auto am Parkplatz nach, ob ich warten könnte, sie möchte mit mir reden. Frau S. meint, dass auch sie gerne zu mir zu solchen Gesprächen käme, da sie Probleme hätte.

Die erste und weitere drei Stunden mit Frau S. gestalten sich sehr schwierig. Die Klientin begegnet mir sehr misstrauisch, möchte nicht reden, nennt jedoch als Therapieziel, dass sie unbedingt mit ihrem Mann zusammenbleiben möchte. Ich finde es schwierig mit ihr in Kontakt zu kommen, sage das auch der Klientin, frage nach, ob sie PT will, sie öffnet sich zum ersten Mal beim Erzählen ihrer Lebensgeschichte vor der Heirat; sie hätte mit 14Jahren ihren Mann kennen gelernt, ihre Eltern waren gegen die Heirat, da er aus einer „schlechten Familie“ komme; sein Vater war als Trinker stadtbekannt; Ihre Schwestern haben ihr auch nicht verziehen, da sie als Jüngste mit ihrer Heirat bis zur Vermählung der vor ihr drankommenden älteren Schwestern hätte warten müssen; durch die Kränkung ihrer Schwestern und die unbeachteten Warnungen ihrer Eltern kann sie sich jetzt nicht mit ihren Problemen an sie wenden, obwohl die Schwestern in Österreich leben.

Erste Einblicke in die Situation der Familie habe ich in den Gesprächen mit Herrn S. erhalten: Seine Frau sei von zwei Männern in Montenegro vergewaltigt worden, die sich an ihm rächen wollten. Er hätte zwei Friseurgeschäfte gehabt und sei auch Taxi gefahren. Er sei seit 14 J. verheiratet, wäre nicht treu gewesen, sein Taxi-Geschäft habe viele Kontakte ermöglicht, zuletzt hätte er eine ältere, reiche Geliebte, die Witwe war, gehabt. Der Sohn der Geliebten, auch Taxi-Fahrer, hätte mit ihm und einem Freund zwielichtige Geschäfte abgewickelt. Da er Geld unterschlagen habe, vermutet der Klient diese indirekte Racheaktion der beiden Geschäftspartner an ihm. Natürlich könne er mit seiner Frau über seine Vermutungen nicht reden, da er sonst sein Fremdgehen zugeben müsste, was er bisher immer abstreiten konnte.

Nach einem Streit mit extremer Gewalt zeigte Frau S. ihren Mann bei der Polizei an, es kam zur Wegweisung des Mannes in ein anderes Asylheim, Frau S. und ihre Kinder kamen in ein betreutes Caritas-Heim. Ein halbes Jahr später hat Herr S. Arbeit gefunden, ist angemeldet tätig, die Familie ist gemeinsam in ein Privathaus gezogen und damit aus dem Betreuungskontingent durch die Flüchtlingsorganisation gefallen.

Nach Reddemann (2008) ist eine Voraussetzung für Traumakonfrontation, dass jemand genügend Sicherheit zur Verfügung hat. „Sicherheit in der Beziehung zur Außenwelt bedeutet, es darf keine Täterkontakte mehr geben“ (ibid.,109). Vorübergehend ist im obigen Fallbeispiel 12 der Täterkontakt unterbrochen worden. Menschen mit Täterkontakt brauchen oft ihre Dissoziationsfähigkeit, um zu überleben. „Therapie bei Täterkontakt kann daher nur bedeuten, Erlangung äußerer Sicherheit zu erarbeiten, unterstützt von mehr innerer Sicherheit, d.h. mehr Sicherheit im Umgang mit sich selbst“ (ibid.). Da das Therapieziel der Klientin, das unbedingte Zusammenbleiben mit ihrem Mann war, hoffe ich samt mancher Bedenken meinerseits, da das Zusammenziehen in ein Privatheim, raus aus der schützenden Atmosphäre des betreuten Wohnheimes zu früh erfolgte, dass die Klientin genügend innere Sicherheit und die Fähigkeit zum Selbstmanagement mittels der Imaginationsübungen, der Distanzierungstechniken, der Affektdifferenzierungen und der Arbeit mit autonomen Körperreaktionen aufbauen konnte.

„Gemäß den unterschiedlichen Traumaarten zeigen sich in den Therapien thematisch verschieden Schwerpunkte. Zum Beispiel wird bei einem Inzesttrauma und einem sexuellen Missbrauchstrauma der Umgang mit Schuldgefühlen, der Identifikation mit dem Aggressor und der Umgang mit Wut und Angst eine behandlungstechnische Herausforderung darstellen“ (Hoffmann-Widhalm, *ibid.*,349).

In der Psychotraumatologie sind Veränderungen des Selbst aus psychoanalytischer Sicht mit dem Verständnis zweier Internalisierungsvorgänge traumatischer Gewalt, nämlich Introjektion und Identifikation verbunden, die mit dem Konzept der Schuldgefühlsymptomatik einhergehen. „Die reale Schuld des Täters (die jener nicht anerkennt) wird zum Schuldgefühl des Opfers (das unschuldig ist), weil das Introjekt wie ein feindlich verfolgendes Über-Ich Schuldgefühle macht. (...) Über das Schuldgefühl des Opfers hinaus muss man noch einen Anteil realer Schuld im Sinne von Mitschuld oder Mitverantwortung auch des Opfers annehmen, da aufgrund von, wenn auch tragischen, Identifikationen im Sinne von Unterwerfung unter das Gewaltsystem oder seiner Billigung die schuldhafte Tat begünstigt oder auch vom Opfer Schwächeren gegenüber wiederholt wird“ (Hirsch, 2007, 14). „Während einer Traumatisierung bleibt dem Opfer oft nichts anderes zum seelischen Überleben übrig, als den Täter als Introjekt in sich aufzunehmen. Dieses Täter-Introjekt wirkt dann wie ein innerer Feind und fordert Selbstabwertung, Selbstverachtung, Selbstbestrafung“ (Sachsse, 2004, 85).

„Soziale Bindungen gelten als der grundlegendste Schutz gegen Traumatisierungen“ (Anger/ Schulthess, 2008, 52, cit. van der Kolk et al., 2000, 324), welche von Familien, Freunden und Kollegen geschaffen wird. In Anerkennung dieses Bedürfnisses nach Zugehörigkeit stellt sich auch die Frage, wie ein Wiederherstellen der sozialen Unterstützung für die Frauen und Mädchen, die Opfer sexualisierter Gewalt wurden, mit dem Verarbeitungsprozess einhergehen kann. Jedoch ist bei „Opfern eines men-made-disasters der soziale Kontext der Behandlung vom psychotherapeutischen nicht zu trennen. Dieses Praktizieren, dieses interdisziplinäre Zusammenspiel ist vielleicht eines der wichtigsten Ergebnisse seit Beginn der modernen Psychiatrie“, schreiben Vyssoki und Tauber (2004, 111).

Anmerkungen zu meiner persönlichen Selbstfürsorge:

Gerade in dem interkulturellen Feld der Psychotherapie mit Traumafolgestörungen scheint es mir von großer Bedeutung zu sein, als PsychotherapeutIn gut für sich zu

sorgen. Die belastenden Stressoren bei der Behandlung von Folter- und Kriegsopfern, bei Asylsuchenden in scheinbar endlosen Verfahren und diese spezielle Mischung aus Nähe und Distanz, Neutralität und Parteilichkeit in der Arbeit mit Extremtraumatisierten stellen große Herausforderungen für die therapeutische Beziehung dar und verlangen eine hohe Selbstverantwortung, um Mitgeföhlserschöpfung (compassion fatigue) und Burnout oder stellvertretende Traumatisierung zu verhindern (vgl. Maier & Schnyder, 2007, 238ff).

Ich koche und esse gerne, einmal pro Woche besuche ich entweder ein Konzert, einen Kabarettabend, Lesung oder ein Theaterstück, dies meistens mit Freunden und Bekannten; bei Musikevents (Rock, Blues, Reggae, Jazz) tanze ich gerne; auf der Fahrt zu den Asylheimen höre ich gerne klassische Musik, bei der Heimfahrt Rock-/Hardrockmusik, wobei ich dazu singe. Ich freue mich schon auf die Ballsaison; ich lese gerne und bin leidenschaftliche Kinogeherin; ich bin sozial engagiert und im Vorstand zweier Vereine, ich reise für mein Leben gern,.....all dies und anderes, das privat ist und privat bleiben soll, ist meine Prophylaxe vor emotionaler Erschöpfung. (vgl. Sachsse, ibid., 438 ff).

Eine von Siegfried Stupnig (2010, 266ff) verfasste Arbeit über die „Folterdiktatur Tschetschenien“ rüttelt ein zentrales Thema auf, das mich wie auch andere TherapeutInnen, die in diesen Bereich psychotherapeutisch arbeiten, begleitet: jede Stunde könnte die letzte Therapiesitzung sein, da die Rückführung der KlientInnen unerwartet passieren kann und die Verbrechen gegen Menschen und die Verletzung ihrer Menschenrechte ungesühnt bleiben. „Eine historische und weltanschauliche Aufarbeitung von politischen Verbrechen ist immer notwendig, sowohl für die Zukunft der Gesellschaft als auch für einzelne Opfer“ (Brune, 2010, 59). Und für die PsychotherapeutIn bleibt die individuelle Aufarbeitung bei unerwarteter Rückführung der Klienten in ihr Herkunftsland auch unerlässlich, denn es ist kein Beenden von Therapie, wie es idealerweise nach Erreichung eines Therapiezieles von Klienten und Therapeuten gemeinsam beschlossen wurde, sondern es ist ein Therapieabbruch, den niemand so wollte. Abgebrochene Therapien stellen eine unvollendete Gestalt dar, die ich als solche versuche abzuschließen. Wichtiges, das noch nicht ausgesprochen wurde, schicke ich den Klienten in meiner Vorstellung

nach. Trauer, Wut, Gefühle von Schuld lasse ich zu. Und positive Gefühle ebenso. Unerledigtes mag so vervollständigt werden.

4.3. Sprachliche Aspekte

Meine ersten psychotherapeutischen Erfahrungen im interkulturellen Bereich mit Flüchtlingen, Asylansuchenden und MigrantInnen waren gekennzeichnet von einer unerwarteten, überwältigend großen Freude der Betroffenen über die Möglichkeit des muttersprachlichen Austausches, da die betreuenden Flüchtlingsorganisationen mir anfänglich vor allem KlientInnen aus dem Kosovo und Bosnien-Herzegowina zuteilten.

Dieses Ausmaß ihrer Freude fand Ausdruck in gastfreundlichen Einladungen, die anerkannt und meinerseits doch mühsam begrenzt werden mussten. Obwohl mein Burgenland-Kroatisch nicht dem Serbokroatisch des früheren Jugoslawien entspricht, sind die drei neuen Staatssprachen Bosnisch, Kroatisch und Serbisch und weitere Minderheiten-Sprachen wie Vlachisch und Romani, die nach dem Ausbruch der nationalen Konflikte die vorherige Standardsprache ersetzen sollten, von solch sprachlicher Diversität geprägt, dass meine Sprache als weitere Varietät in dieser Heterogenität ihren Platz einnimmt. Zusätzlich vorteilhaft für den Erstkontakt erwies sich meine Angehörigkeit zur österreichischen Volksgruppe der Burgenlandkroaten, im Sinne einer mir hypothetisch von den KlientInnen zugestandenen neutralen Position gegenüber den nationalen bzw. ethnischen Konflikten Ex- Jugoslawiens.

Jedoch kann die Psychotherapie von Menschen, die durch Folter und Krieg traumatisiert wurden, häufig nicht direkt in der Muttersprache der Betroffenen erfolgen, sondern ist auf sprachliche Vermittlung durch Dolmetscher angewiesen. Daraus ergeben sich für diese ungewöhnliche Patient-Dolmetsch-Therapeut- Triade Besonderheiten, Schwierigkeiten und Chancen, die unsere Achtsamkeit brauchen. Sowohl im psychiatrischen als auch im psychotherapeutischen Kontext sind gute DolmetscherInnen entscheidend mittragend am Erfolg der Behandlung. Ausgebildete DolmetscherInnen sind im Gesundheitswesen leider kaum bis gar nicht beschäftigt.

Das Netzwerk psychotherapeutischer Einrichtungen für Flüchtlinge NIPE (Netzwerk für interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung) hat für den Einsatz

von DolmetscherInnen Standards ausgearbeitet, die den gemeinsamen Nenner dieser Organisationen reflektieren.

„DolmetscherInnen kommen dort zum Einsatz, wo PsychotherapeutInnen die Sprache(n) des Klienten nicht ausreichend beherrschen, um gegenseitiges Verständnis komplexer Inhalte zu gewährleisten. DolmetscherInnen werden vor ihrem ersten Einsatz für die spezifischen Anforderungen geschult. Die Schulung beinhaltet den Hinweis auf die Schweigepflicht, das Prinzip der Nicht-Involvierung und ihre Aufgabe wörtlicher Übersetzung. Sie werden auf mögliche Übertragungsphänomene und die Bedeutung ihrer körpersprachlichen Signale und einer geeigneten Sitzordnung hingewiesen.

DolmetscherInnen übersetzen Wort für Wort (1:1), auch bei Verständnisfragen seitens des Klienten. Sie stehen für Vor- und Nachbesprechungen zur Verfügung. Supervision und Intervision sollten während bezahlter Arbeitszeit stattfinden und Fortbildungen sollten verpflichtend verlangt werden. Auf Faktoren wie Herkunftsgruppe, Geschlecht und Alter ist beim Einsatz von DolmetscherInnen zu achten“ (internes Paper, Projekt OASIS, 2009).

Erst die Zusammenarbeit mit Dolmetschern macht Psychotherapie möglich, wo die Verständigung zwischen TherapeutIn und fremdsprachiger KlientIn nicht zustande kommt. Wenn für das Gelingen einer Psychotherapie eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zwischen Patient und Therapeut eine Grundvoraussetzung ist, die ein komplexes und vielschichtiges System darstellt und kognitive, emotionale und persönliche Elemente beider Beteiligten eine Rolle spielen und dies oft genug im Verlauf des therapeutischen Prozesses zu Komplikationen und Unstimmigkeiten führen kann, wird durch das Hinzuziehen einer dritten (Fach-) Person die Komplexität gesteigert (Morina, 2007, 181ff). Sich mit diesem Setting anzufreunden, erfordert von allen Beteiligten Geduld, guten Willen und Neugierde.

Dolmetscher kommen oft aus dem gleichen Kulturkreis und können den Therapeuten über kulturelle Besonderheiten informieren, können Missverständnisse bei Tabuthemen aufhellen und transkulturelle Krankheitskonzepte verständlich einordnen. Sie schaffen derart gegenseitige Transparenz. (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, *ibid.*, 103).

„Auch ist es in manchen Kulturen generell ungewöhnlich und befremdlich, wenn zwei nicht verwandte Personen in einem abgeschlossenen Raum sitzen und über etwas Wichtiges sprechen. Die Anwesenheit mindestens einer weiteren Person hebt diese irritierende Intimität auf und stuft das Gespräch als sozial wichtig ein“ (Morina, ibid.,182).

Dieser Irritation vor allem bei gegengeschlechtlicher Konstellation in Therapiesitzungen ohne Dolmetsch bin ich derart begegnet, dass ich die Tür zum angrenzenden Zimmer im Asylheim nicht ganz geschlossen, nur angelehnt habe und so hilfreich den männlichen Klienten seiner Familie gegenüber entlastet habe. Hat der Klient dann selbst die Tür geschlossen, war die Verlegenheit aufgehoben.

Die triadische Konstellation bringt neben diesen positiven auch negative Begleiterscheinungen, die sich in Rollenkonflikten, Machtkämpfen, in Gefühlen der Rivalität äußern können. Auf Seiten des Therapeuten kann das Gefühl des Ausgeschlossenseins und der Kompetenzeinschränkung auftreten, während der Dolmetsch verleitet werden kann, einen Rollentausch mit dem Therapeuten vorzunehmen. Er stellt Fragen bzw. antwortet anstelle des Therapeuten auf Fragen des Klienten, bringt bei mangelnder Kenntnis der Vorgehensweise wenig Verständnis für bestimmte Interventionen des Therapeuten auf, sträubt sich zu übersetzen oder widerspricht gar dem Therapeuten in der Sitzung (Morina , ibid., 183).

Fallbeispiel 13

Dieses Fallbeispiel stammt aus einem Gespräch mit einem Dolmetscher, der mir dies von der Einschulung berichtete und zur Verfügung stellte: Psychotherapeutin und Dolmetsch arbeiten zum ersten Mal zusammen. Die Psychotherapeutin spiegelt und sagt öfters zum Klienten, dass er sehr traurig sei, worauf ihr der Dolmetsch unwillig mitteilt, dass sie sich wirklich nun schon vielfach wiederhole!

Fallbeispiel 14

Innerhalb des therapeutischen Prozesses kam es zu Störungen im Kontakt mit der Klientin, einer Kurdin aus der Türkei, die vor allem beim Thema Ehemann auffällig zunahm. Nach längerem Zögern entschied ich mich die

Therapie ab der 8. Stunde ohne Dolmetsch (Kurde aus Iran) mit nur halbwegs guten Verständigungsmöglichkeiten in deutscher Sprache fortzuführen.

Fallbeispiel 15

Unterbrechung der therapeutischen Arbeit, da die Dolmetscherin in Tränen ausbricht. Die Klientin aus Tschetschenien hat von ihren Ängsten vor der bevorstehenden Operation der Gaumenspalte ihres jüngsten Kindes erzählt, die dem Sohn erstmals ermöglichen dürfte, feste Nahrung zu sich zu nehmen, da er bis dato mit einem Strohhalm ernährt wurde.

Nach einer kurzen Pause - die Dolmetscherin hatte aufgehört zu weinen – wurde die Sitzung fortgesetzt. Das Nachgespräch mit der jungen Mutter und Dolmetscherin ergab, dass sie vom Mitleid für das Kind und die besorgte Mutter überrollt wurde und in Überidentifikation mit der Mutterrolle alle möglichen Krankheiten beim eigenen Kind vor Augen hatte.

Die angeführten Beispiele zeigen deutlich auf, dass in der Patient-Dolmetsch-Therapeut-Triade der Therapeut besonders gefordert ist, insbesondere wenn aufgrund von Streichung finanzieller Fördermittel die Möglichkeit der Supervision für DolmetscherInnen dem Sparstift zum Opfer fällt.

Die Erörterung von Möglichkeiten, die sich aus der Kombination ressourcenorientierter traumatherapeutischer und sprachbiographischer Zugänge ergeben, waren Gegenstand eines Workshops an der Universität Wien im April 2010, das Brigitta Busch in Kooperation mit Luise Reddemann veranstaltete. Ein angedachtes Forschungsprojekt zu Trauma und Mehrsprachigkeit ist ein interdisziplinäres Arbeiten von Menschen aus den Bereichen Psychotherapie und Sprachwissenschaft. Verkürzt gesagt, geht es um das Wiederfinden einer Sprache, in der sich über das Traumatische sprechen lässt. In der Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik (LiLi) wurde im Dezember 2010 ein Artikel von Brigitta Busch über „Die Macht präbabilonischer Phantasien. Ressourcenorientiertes sprachbiographisches Arbeiten“ veröffentlicht (vgl. Busch B., Heft 160, Jg. 2010).

„Während das Sich-Zurückversetzen in die frühe Kindheit, das Zurückgreifen auf damit verbundene synästhetische Wahrnehmungen eigener Sprachmacht“ in diesem Artikel als eine „Art Selbstheilungsstrategie“ beschrieben wird, die es einem

ermöglicht über das Traumatische zu sprechen, und Luise Reddemann in ihrem ressourcenorientierten Ansatz zur Behandlung von Traumafolgen diese Ausführungen mit der „Arbeit mit dem inneren Kind“ verbindet, durfte ich die gegenteiligen Erfahrungen machen. Sprachwechsel als Möglichkeit der Distanzierung bei Traumaexploration und –konfrontation. Deutsch als Fremdsprache erleichtert den Zugang zum Unsagbaren!

Fallbeispiel 16

Frau M., 39 J., ist Kosovo-Albanerin, vermutlich geschieden, hat zwei Kinder (18 J. Sohn, 14 J. Tochter), sie hat 25 Jahre in einer Gewaltbeziehung gelebt; anfängliche Therapie in bosnischer Sprache.

1.St.: Klientin kommt mit vierzehnjähriger Tochter; Mutter und Tochter haben eine sehr enge Beziehung; Tochter ist bis vor kurzem Analphabetin gewesen, da sie anstatt in die Schule zu gehen, bei der Mutter zu Hause geblieben ist, um den gewalttätigen Vater in Schach zu halten. Die Tochter versteht daher noch immer schlecht Deutsch.

Seit drei Jahren haben beide den Ehemann/Vater nicht gesehen, leben trotzdem in großer Angst, dass er sie auffindet, wiederkommt und Gewalt ausübt. Selbst im OASIS-Zentrum im Therapiezimmer ist ein andauerndes, nervöses, kurzes Hinblicken beider zur Tür, als würde der Täter gleich hereinspazieren, bemerkbar; und daher auch das duale Auftreten. Der achtzehnjährige Sohn ist wegen seiner Aggressivität in der Männerberatung. Ich erkläre, warum es in Zukunft notwendig sein wird, dass Frau M. allein, getrennt von der Tochter und nur in Absprache mit mir gemeinsam in die PT kommen soll.

Ab der 2. St. kommt Frau M. allein in das Zentrum. Einmal wird sie vom Sohn begleitet, der auf sie draußen wartet.

Zur Lebensgeschichte der Klientin: mit 14 Jahren geheiratet, bereits im Kosovo kam es zu Misshandlungen in der Ehe, diverse Anzeigen bei Polizei fruchteten nichts, da ihr Ehemann als Restaurantbesitzer, Zuhälter und Schmuggler die kosovarische Polizei geschmiert hätte; bei Kriegsausbruch emigrierte die Familie nach Deutschland. Als Herr M. nach Kosovo zurück abgeschoben wird, nützt Frau M. diese Gelegenheit und möchte mit den

Kindern in Österreich untertauchen, doch der Sohn kommt zum verabredeten Zeitpunkt nicht zum Bahnhof. Mutter und Tochter flüchten alleine von Deutschland nach Österreich. Der damals 16-jährige Sohn lebte in München auf der Straße (Angaben differieren zwischen 3 Wochen und 7 Monaten), wird von der Polizei aufgegriffen und nach Österreich zur Mutter gebracht.

In der fünften Stunde missverstehe ich die Klientin. Die Muttersprache der Klientin ist Albanisch, aber da sie in der Schule in Kosovo im damaligen Jugoslawien natürlich auf Serbokroatisch unterrichtet wurde, war unsere Verständigung in Serbokroatisch. Aufgrund meiner und ihrer ungenügenden Sprachkenntnisse verstehe ich sie falsch und um Klarheit zu bekommen, versuchen wir es in Deutsch. Ich stelle fest, dass die Klientin gut Deutsch spricht und auf einmal geht vieles, was vorher nicht möglich war oder nur zögerlich erzählt wurde.

Sie war imstande ihre ganze Leidensgeschichte zu erzählen und berichtete über viele traumatische Erfahrungen, manchmal en detail: - Sohn versteckte sich als Kind im Wald, da der Vater ihn in den Brunnen werfen wollte! Der Anlass war eine zerbrochene Fensterscheibe.

Später in Deutschland hatte der Sohn zusehen müssen, wenn der Vater mit fremden Frauen, und das war öfters der Fall, Beischlaf hatte, begleitet von den Worten „und das mache ich mit deiner Mutter!“ Die Klientin war wüsten Beschimpfungen im Restaurant, auf der Strasse, überall ausgesetzt. Ein blaues Auge, ein verdrehter und gebrochener Arm, eine Messerattacke mit Bauchstichen endeten regelmäßig im Krankenhaus. Dazu kamen immer die Todesdrohungen, damit ihre Gegenwehr im Keim erstickt wird. Für ihn anschaffen hätte sie nicht müssen, aber gefragt hätte er schon, war der abschließende Satz ihres nun ermöglichten Darüber – Sprechens.

Ab dieser Stunde verschwindet das mich belauernde Misstrauen, die Klientin wird zugänglicher, fasst langsam Vertrauen, eine Doppelstunde (9. und 10. St.) widmen wir uns nur ihren Suizidgedanken, danach folgen Körperwahrnehmungsübungen, Wahrnehmen und Definieren von Grenzen („Stopp, bis daher und keinen Schritt weiter!“ – Übung stehend, eine Hand Halt gebietend, die andere zur Faust geballt – „denn das lasse ich nie mehr

wieder mit mir machen, ich werde mich wehren!“) wie auch verbale und körpersprachlich aggressive Übungen wie „Zeigen des Stinkefingers“.

Eine wahrscheinliche Erklärung zur 5. Stunde: Der Wechsel von der zweiterlernten Sprache “Serbokroatisch“ nicht in die Muttersprache „Albanisch“, sondern ins Deutsche, ermöglichte die notwendige Distanzierung für die Klientin. Ähnliche Beobachtungen wurden in ESRA (sozialtherapeutisches jüdisches Zentrum in 2. Wiener Gemeindebezirk) gemacht. Ostjüdische MigrantInnen tun sich leichter ihre Traumata in deutscher Sprache zu kommunizieren. Weitere empirische Untersuchungen zu dieser Thematik durch die Sprachwissenschaftlerin Brigitta Busch (Uni Klagenfurt, Centre for intercultural studies) sind geplant.

5. Zusammenfassung

Rabbi Schlomo sprach: „Wenn du einen Menschen aus Schlamm und Kot heben willst, wähne nicht, du könntest oben stehen bleiben und dich damit begnügen, ihm eine helfende Hand hinabzureichen. Ganz musst du hinab, in Schlamm und Kot hinein. Da fasse ihn dann mit starken Händen und hole ihn und dich ans Licht“.

Martin Buber: Chassidim, 427.

Das obige Zitat stammt aus dem Buch „Heilende chassidische Geschichten. Martin Buber für Gestalttherapeutinnen und Gestalttherapeuten“, ausgewählt und kommentiert von Cornelia Muth und begleitet mich bei meiner Arbeit im interkulturellen Bereich, welcher untrennbar verbunden ist mit meinem Verständnis von psychotherapeutischer Verantwortung, die nie frei von politischer Wertung und Teil eines gesellschaftlichen Geschehens ist.

Die Entwicklung der Gestalttherapie, ihre Grundkonzepte betrachtet im zeitgeschichtlichen Kontext, verdeutlichen die Ziele eines humanistischen Therapieverfahrens, die den Menschen zu seiner Echtheit, Authentizität und

Einmaligkeit führen, um eine Welt zu gestalten, die Selbstverwirklichung und -organisation, Autoritätsunabhängigkeit und Emanzipation ermöglicht.

Die behandelten Inhalte meiner Graduiierungsarbeit erstrecken sich von der Beschreibung meines persönlichen Zuganges zu diesem Thema und der Darstellung der Arbeitsfelder im interkulturellen psychotherapeutischen Bereich, der beiden Therapieprojekte OASIS und MIP, zur Praxismgemeinschaft, die Interkulturalität und Multilingualismus ausdrücklich betont. Weitere Kapitel sind dem historischen Hintergrund der Gestalttherapie, dem Flüchtlingsdasein von Lore und Fritz Perls, dem Exil von Paul Goodman gewidmet, ihren Lebens- und Überlebenserfahrungen, die die Identität und Aktualität der Theorie und Praxis der Gestalttherapie begründen. Interkulturellen Aspekten, der Besonderheit und der Problematik des Einsatzes von Dolmetschern, der Beurteilung psychischer Störungen, insbesondere der Posttraumatischen Belastungsstörung mit dem Schwerpunkt meiner Reflexionen über politisch motivierte Traumata sind die abschließenden Ausführungen gewidmet.

Nichts ist gleich in der psychotherapeutischen Arbeit mit MigrantInnen, Flüchtlingen und Asylansuchenden, und doch alles (vgl. Gavranidou und Abdallah-Steinkopff, 2008, 93ff)!

„Wenn ihr uns stecht, bluten wir nicht?
Wenn ihr uns kitzelt, lachen wir nicht?
Wenn ihr uns vergiftet, sterben wir nicht?
Und wenn ihr uns beleidigt, sollen wir uns nicht rächen?“

(William Shakespeare, Der Kaufmann von Venedig,
3. Akt, 1. Szene / Shylock)

Literaturverzeichnis

- Akhtar, Salman (2007), deutsche Erstveröffentlichung: Immigration und Identität. Psychosoziale Aspekte und kulturübergreifende Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Amendt-Lyon, Nancy (2006): Auf dem Weg zu einem gestalttherapeutischen Konzept zur Förderung des schöpferischen Prozesses. In: Spagnuolo Lobb, Margherita; Amendt-Lyon, Nancy (2006) (Hg.): Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung. Wien, New York: Springer. 7 – 27.
- Anger, Heide; Schulthess, Peter (2008) (Hg.): Gestalt-Traumatherapie. Vom Überleben zum Leben. Mit traumatisierten Menschen arbeiten. IGW – Publikationen in der EHP, Bergisch Gladbach: Verlag Andreas Kohlhage
- Becker, Renate (2008): Editorial. In: Gestalttherapie. Forum für Gestaltperspektiven. Migration. 22. Jahrgang, 2. Heft. 1.
- Bocian, Bernd (2000): Von der Revision der Freudschen Theorie und Methode zum Entwurf der Gestalttherapie – Grundlegendes zu einem Figur-Hintergrund-Verhältnis. In: Bocian, Bernd; Staemmler, Frank-M. (2000) (Hg.): Gestalttherapie und Psychoanalyse. Berührungspunkte – Grenzen – Verknüpfungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 11 – 109.
- Bocian, Bernd (2008): Geschichte und Identität. Teil 1: Emigranten und Pioniere der Moderne. In: Gestalttherapie. Forum für Gestaltperspektiven. Migration. 22. Jahrgang, 2. Heft. 21 – 33.
- Bongers, Dieter (2006): Männlichkeit und Männlichkeitsideologie. Achtung: Allzu viel Männlichkeitsideologie schadet Ihrer Gesundheit (und möglicherweise auch denen, die Ihnen am nächsten sind). In: Gestalttherapie. Forum für Gestaltperspektiven. 20 Jahre DVG. 20. Jahrgang, 2. Heft. 108 – 119.
- Brune, Michael (2010): Wenn Verbrechen nicht gesühnt werden – Reflexionen zur Psychotherapie mit Opfern lateinamerikanischer Diktaturen. In: Ottomeyer, Klaus; Preitler, Barbara; Spitzer, Helmut (2010) (Hg.). 49 -60.
- Busch, Brigitta; Busch, Thomas (2008): Von Menschen, Orten und Sprachen. Multilingual Leben in Österreich. Publikation der Grünen Bildungswerkstatt Minderheiten. Klagenfurt/ Celovec: Drava Verlag. 41-42.

- Busch, Brigitta (2010): Die Macht präbabilonischer Phantasien. Ressourcenorientiertes sprachboigraphisches Arbeiten. In: LiLi, Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik, Jahrgang 2010, Heft 160, Siegen: J.B. Metzler-Verlag.
- Dreizel, Hans Peter (2004): Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter. Bergisch Gladbach: EHP.
- Friedmann, Alexander (2004): Allgemeine Psychotraumatologie. In: In: Friedmann; Hofman; Lueger-Schuster; Steinbauer; Vyssoki (2004) (Hg.): Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung. Wien, New York: Springer. 5 -35.
- Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan; Gremmler-Fuhr, Martina (1999, 2001) (Hg.), 2.unveränderte Auflage: Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag für Psychologie.
- Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan; Gremmler-Fuhr, Martina (2006): Menschenbild der Gestalttherapie. In: Integrative Therapie. 32.Jg.2006. Heft 1-2. 117 – 155.
- Gavranidou, Maria; Abdallah-Steinkopff, Barbara (2008): Psychotherapeutisches Arbeiten mit Migranten: Alles anders oder alles gleich?. In: Gestalttherapie. Forum für Gestaltperspektiven. Migration. 22. Jahrgang. 2.Heft. 93 – 107.
- Goodman, Paul (1980): Anarchistisches Manifest. In: Blankertz; Goodman (Hg.): Staatlichkeitswahn. Wetzlar: Büchse der Pandora.
- Gün, Ali Kemal (2008): Interkulturelle Aspekte in der psychotherapeutischen Praxis. Zur psychosozialen Versorgung von Migranten im deutschen Gesundheitswesen. In: Gestalttherapie. Forum für Gestaltperspektiven. Migration. 22.Jg., 2.Heft. 54-70.
- Haasen, Christian; Yagdiran, Oktay (2000): Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Band 4 der Schriftenreihe der Deutsch – Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (DTGPP). Freiburg in Breisgau: Lambertus – Verlag.
- Herman, Judith Lewis (1993): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler-Verlag.
- Hirsch, Mathias (2007), 4.Auflage: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hochgerner, Markus; Hoffmann - Widhalm, Herta; Nausner, Liselotte; Wildberger, Elisabeth (2004) (Hg.): Gestalttherapie. Wien: Facultas.

- Hoffmann – Widhalm, Herta (2004): Traumatherapie. In: Hochgerner, Markus; Hoffmann – Widhalm, Herta; Nausner, Liselotte; Wildberger, Elisabeth (2004) (Hg.). 331 -351.
- Höll, Kathleen (2001): Politische, sozialpsychologische und ökologische Dimensionen der Gestalttherapie. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan; Gremmler-Fuhr, Martina (1999, 2001) (Hg.), 513 -545.
- Hölzl, Nina M. (2009): Das Heil der Konfrontation. Die Nachwirkungen der Täter des Nationalsozialismus auf die dritte Generation aus dem Blickwinkel der Gestalttherapie. In: Schulthess, Peter; Anger, Heide (2009) (Hg.). 311 -363.
- Huber, Michaela (2005), 2.Auflage: Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn: Junfermann –Verlag.
- Huber, Michaela (2006), 3. Auflage: Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. Paderborn: Junfermann –Verlag.
- Lafranchi, Andrea (2008): Migration ist Wandel – fast immer. Widerstand in Beratung und Therapie als ‚normales Geschehen‘ bei Veränderungsprozessen in Einwandererfamilien. In: Gestalttherapie. Forum für Gestaltperspektiven. 22. Jahrgang. 2.Heft. 82-92.
- Maier, Thomas; Schnyder, Ulrich (2007) (Hg.): Psychotherapie mit Folter- und Kriegsoffern. Ein praktisches Handbuch. Bern: Huber.
- Machleidt, Wielant & Heinz, Andreas (2010) (Hg), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. Urban & Fischer Elsevier.
- Mehrgardt, Michael (2001): Erkenntnistheoretische Fundierung der Gestalttherapie. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan; Gremmler-Fuhr, Martina (1999, 2001) (Hg.), 485 – 513.
- Morina, Naser (2007): Sprache und Übersetzung. In: Maier, Thomas; Schnyder, Ulrich (2007) (Hg.). 179 – 203.
- Moser, Tilman (2001): Dämonische Figuren. Die Wiederkehr des Dritten Reiches in der Psychotherapie. Frankfurt/Main: Suhrkamp – Verlag.
- Müller – Hohagen, Jürgen (2005): Verleugnet, verdrängt, verschwiegen. Seelische Nachwirkungen der NS-Zeit und Wege zu ihrer Überwindung. München: Kösel – Verlag.

- Nausner, Liselotte (2004): Anthropologische Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie. In: Hochgerner, Markus; Hoffmann - Widhalm, Herta; Nausner, Liselotte; Wildberger, Elisabeth (2004) (Hg.). 37 – 53.
- Ottomeyer, Klaus; Preitler, Barbara; Spitzer, Helmut (2010) (Hg.): Look I am a foreigner. Interkulturelle Begegnungen und psychosoziale Praxis auf fünf Kontinenten. Klagenfurt /Celovec: Drava –Verlag.
- Özkan, Ibrahim (2004): Praxisansätze und Grenzen der traumazentrierten Arbeit mit ethnischen Minoritäten. In: Sachsse, Ulrich (2004) (Hg.): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer. 394 – 401.
- Parlett Malcolm (2001): Feldtheoretische Grundlagen gestalttherapeutischer Praxis. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan; Gremmler-Fuhr, Martina (Hg.). 279 – 295.
- Perls, Frederick S. (1979), dritte Auflage: Gestalttherapie in Aktion. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, Frederick S. (1981): Gestalt–Wahrnehmung. Verworfenes und Wiedergefundenes aus meiner Mülltonne. Die ungewöhnliche Autobiographie des Begründers der Gestalt -Therapie. Frankfurt /Main: Verlag für Humanistische Psychologie.
- Portele, Heik (2001): Gestaltpsychologische Wurzeln der Gestalttherapie. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan; Gremmler-Fuhr, Martina (1999, 2001) (Hg.). 263 – 279.
- Reddemann, Luise (2008), 14. Auflage: Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta
- Sachsse, Ulrich (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Schulthess, Peter (2009): Gestalt und Politik. In: Schulthess, Peter; Anger, Heide (2009) (Hg.) Gestalt und Politik. Gesellschaftliche Implikationen der Gestalttherapie. IGW – Publikationen in der EHP. Bergisch Gladbach: Verlag Andreas Kohlhage. 45 – 71.
- Shakespeare, William: Der Kaufmann von Venedig. Reclam.
- Skala, Barbara (2008): Zwischen den Stühlen. MigrantInnen in Österreich erzählen ihre Lebensgeschichten. Eine Analyse des Migrationsprozesses. Wien: Planet Verlag.

- Spagnuolo Lobb, Margherita; Amendt-Lyon, Nancy (2006) (Hg.): Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung. Wien, New York: Springer.
- Sreckovic, Milan (2001): Geschichte und Entwicklung der Gestalttherapie. III. Teil: Das Exil. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan; Gremmler-Fuhr, Martina (1999, 2001) (Hg.). 69 -111.
- Stupnig, Siegfried (2010): Folterdiktatur Tschetschenien. In: Ottomeyer, Preitler, Spitzer (2010) (Hg.). 266 - 279.
- Van der Kolk, Bessel A.; McFarlane, Alexander C.; Weisaeth, Lars (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn: Junfermann.
- Vidakovic, Ivana (2009): Leben (und Psychotherapeutin werden) in einer Nachkriegsgesellschaft. In: Schulthess, Peter; Anger, Heide (2009) (Hg.). 277 – 291.
- Vyssoki, David; Tauber, Traude (2004): Intervention und Psychotherapie. In: Friedmann; Hofman; Lueger-Schuster; Steinbauer; Vyssoki (2004) (Hg.): Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung. Wien, New York: Springer. 107 – 113.
- Waldenfels, Bernhard (2008): Interkulturalität und Migration. In: Gestalttherapie. Forum für Gestaltperspektiven. 22. Jahrgang. 2.Heft. 13 – 21.
- Wirth, Wolfgang (2008): Traumatherapie aus gestalttherapeutischer Perspektive. In: Anger, Heide; Schulthess, Peter (2008) (Hg.). 13 – 65.
- Wolf, Ulrich (2001): Psychotherapeutische Unterstützung bei Trauma und Gewalt. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic, Milan; Gremmler-Fuhr, Martina(2001) (Hg.). 827-839.
- Zabransky, Dieter; Wagner–Lukesch Eva (2004): Grundlagen der Gestalttheoretischen Psychotherapie. In: Hochgerner, Markus; Hoffmann - Widhalm, Herta; Nausner, Liselotte; Wildberger, Elisabeth (2004) (Hg.). 125 - 146.
- Zinker, Joseph (2006): Schönheit und Kreativität in zwischenmenschlichen Beziehungen. In: Spagnuolo Lobb, Margherita; Amendt-Lyon, Nancy (2006) (Hg.). 159 – 173.

Internetquellen

<http://www.hrvatskicentar.at>, Stand: 6.10.2010

<http://www.kuga.at>, Stand: 6.10.2010

<http://www.medicamondiale.org>, Stand: 20.10.2010

<http://www.asyl.at>, Stand: 20.10.2010

<http://www.menschen-leben.at>, Stand: 6.10.2010).

Zeitungen

Der Standard, Spezial Album, 11.11.2010

Literatur, die Migration zum Thema hat

Bodrožić, Marica (2005): Der Spieler der inneren Stunde. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Bezmozgis, David (2006): Natascha. München: Heyne.

Dinev, Dimitré (2003): Engelszungen. Wien, Frankfurt/Main: Deuticke.

Lewycka, Marina (2007): Caravan. München: dtv.

Lewycka, Marina (2006): Kurze Geschichte des Traktors auf Ukrainisch.
München: dtv.

McCarten, Anthony (2009): Englischer Harem. Zürich: Diogenes.

Nadj Abonji, Melinda (2010), 5. Auflage: Tauben fliegen auf.

Salzburg, Wien: Jung und Jung.

Štanišić, Saša (2010): Wie der Soldat das Grammophon repariert. München: btb.

Pilz, André (2010): Man Down. Innsbruck, Wien: Haymon.

Trojanow, Ilija (2007), 2. Aufl.: Die Welt ist groß und Rettung lauert überall.
München: dtv.