

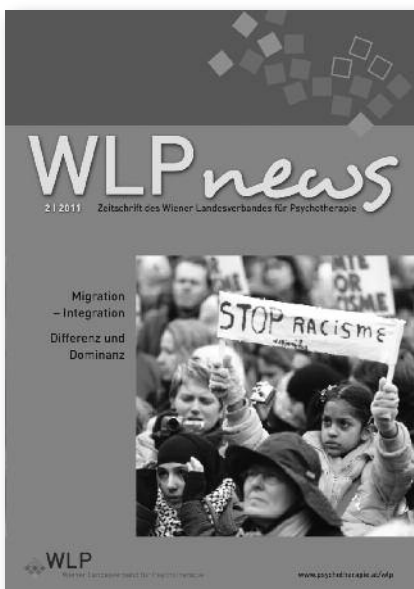
WLP news

2 | 2011

Zeitschrift des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie

Migration
– Integration
Differenz und
Dominanz





2 | 2011

2 Editorial

Brief der Vorsitzenden 3

Ordentliche Landesversammlung des WLP 4

5 Psychotherapie mit MigrantInnen: Anregungen für PsychotherapeutInnen und für das Gesundheitssystem

Rassismus. Auswirkungen auf die psychische Gesundheit 9

14 Zugang von MigrantInnen zum Gesundheitswesen – Nur eine Frage der sprachlichen Verständigung?

Psychotherapie mit Expats – ein Projekt mit Ärzten ohne Grenzen 17

18 Buchrezension

Die Asylfalle. Wie Österreich mit seiner Flüchtlingspolitik scheitert.

20 Psychosoziale Einrichtungen in Wien stellen sich vor

Verein „Peregrina“ – Psychologische Beratung und Behandlung für Migrantinnen

Aktuelles aus den Bezirken 23

Termine

24 Veranstaltungskalender

Pin-Board 25

27 Das WLP-Team

WLP-Vorstand
LFO-Delegierte
Informationsstelle, Beschwerdestelle, Projekte
Kommission „Psychotherapie in Institutionen“
Rechnungsprüferinnen

Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber:
Wiener Landesverband für Psychotherapie WLP
ZVR Nummer: 910346914
DVR Nummer: 3003139
Löwengasse 3/5/6, 1030 Wien
T: ++43.1.890 8000
F: ++43.1.512 70 90-44
E: wlp@psychotherapie.at
www.psychotherapie.at/wlp

Chefredakteur: Dr. Hermann Spielhofer

Redaktion: Leonore Lerch, Dr. Gerhard Pawlowsky

Anzeigen: Mag^a [FH] Michaela Napier

Grafische Gestaltung: Mag^a Gisela Scheubmayr/
www.subgrafik.at

Coverfoto: © iStockphoto

Fotos [Seite 5, 7, 9, 12, 18]: © iStockphoto

Druck: Remaprint, 1160 Wien

Auflage: 1.000 Stück

Verlagspostamt: 1010 Wien

Editorial

Neben der Finanzkrise in den Euro-Staaten hat vor allem das Thema Migration und Asyl in der letzten Zeit die Diskussion in den Medien bestimmt, wobei vor allem die Aspekte der Sicherheit und Kriminalität im Vordergrund standen. Durch Globalisierung sowie durch die Kriege am Balkan, im Irak und in Afghanistan, und zuletzt durch die Revolten in Nordafrika, gewann dieses Problem besonderes Gewicht. Von einem „menschlichen Tsunami“ war sogar die Rede, der die „Festung Europa“ bedrohe, und die Mitgliedsländer der EU gingen wieder daran, ihre Grenzen dicht zu machen, die Fremden-gesetze zu verschärfen, bereits integrierte Familien abzuschieben und ausländerfeindliche politische Gruppierungen bekommen regen Zulauf. Die Ursachen für diese zunehmende Fremdenfeindlichkeit sind verschiedenartig; Angst vor Wohlstandsverlust und vor Konkurrenz am Arbeits- und Wohnungsmarkt, Plünderung der Sozialsysteme, Verlust der kulturellen Identität und der sozialen Geborgenheit.

Anstatt diese Ängste ernst zu nehmen und in einen öffentlichen Diskurs zu treten, werden sie den Rechtsparteien überlassen, die dabei die Themenführerschaft übernommen haben. Es ist jedenfalls einfacher, diese Ängste zu schüren und einfache Lösungen anzubieten, wie „Ausländer raus“ oder „Daham statt Islam“ als sich mit der Problematik ernsthaft auseinanderzusetzen und Lösungen anzubieten. Mit der Suche nach Sündenböcken werden jedenfalls die wahren Ursachen für die unsicheren und prekären Arbeitsverhältnisse und den Wohlstandsverlust verschleiert, schließlich waren es nicht die MigrantInnen, die die Finanz- und Wirtschaftskrise ausgelöst haben oder die für die Verlagerung von Arbeitsplätzen in Billiglohnländer verantwortlich sind.

Immerhin haben in Wien 44 Prozent der Menschen einen „Migrationshintergrund“, d.h. sie sind im Ausland geboren oder haben zumindest einen Elternteil, der im Ausland geboren ist. Für sie sind Migrationserfahrung und Minderheitenstatus ein wichtiger Teil der Familiengeschichte und des Familienlebens sowie der eigenen Identität. Für uns PsychotherapeutInnen bedeutet dies, dass wir uns mit migrations-spezifischen Themen und Fragestellungen vertraut machen müssen, um adäquat auf die Bedürfnisse unserer KlientInnen eingehen zu können. Die Beherrschung der deutschen Sprache ist de facto eine Zugangsvoraussetzung zu den Leistungen des Gesundheitssystems zumal es wenig Bereitschaft gibt, den Zugang durch entsprechend geschulte DolmetscherInnen für MigrantInnen zu verbessern.

Mag.^a Inge Pinzker, Dolmetscherin und Psychotherapeutin i.A. hat sich mit der Situation von MigrantInnen im Gesundheitswesen beschäftigt und darauf hingewiesen, dass Sparmaßnahmen bei der Bereitstellung von qualifizierten DolmetscherInnen sich neben dem erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung und leidvollen Erfahrungen der Betroffenen auch finanziell zu Buche schlagen und zwar aufgrund fehlender Compliance und der dadurch verursachten Fehldiagnosen, teure Doppelgleisigkeiten bei Untersuchungen, Fehlbehandlungen und damit verbundener Chronifizierung von Krankheiten usw.

Allerdings bestehen neben den sprachlichen Barrieren weitere Anforderungen an uns PsychotherapeutInnen, und zwar ist es notwendig, dass wir uns auch mit migrations-spezifischen Themen und Fragestellungen vertraut machen, wie dies *Mag.^a Irmgard Demiroglu* in ihrem Beitrag ausführt, um adäquat auf die Bedürfnisse unserer KlientInnen eingehen zu können. „Transkulturelle Kompetenz“ für PsychotherapeutInnen bedeutet nicht alleine Wissen über andere Kulturen, denn bloßes Wissen kann auch blind machen gegenüber der Begegnungssituation, kann zur „Kulturalisierung“ dessen beitragen, was wir wahrnehmen. Schwieriger und herausfordernder ist es, unsere therapeutische Neutralität und Handlungsfähigkeit auch in ungewohnten Situationen, gegenüber uns nicht nachvollziehbaren oder für uns nicht akzeptablen Denk- und Handlungsweisen zu behalten.

Leonore Lerch verweist in ihrem Beitrag, „Rassismus. Auswirkungen auf die psychische Gesundheit“ auf eine Reihe von Studien, in denen der Einfluss rassistischer Gewalt unterschiedlicher Ausprägung auf die psychische Gesundheit untersucht worden ist. Dabei spielt der Mechanismus des „Othering“, eine Rolle, d.h. jemand zu einer/einem „Anderen“ zu stempeln und damit zu diskriminieren, da die Mehrheitsgesellschaft als Norm gesehen wird, der sich Minderheiten zu unterwerfen haben. Dies erinnert auch an das Buch, „Das andere Geschlecht“ von Simone de Beauvoir über die Diskriminierung der Frau, die das „Andere“ des männlichen Geschlechts verkörpert. Um die Prozesse des Othering im psychotherapeutischen Setting nicht zu reproduzieren ist, so die Autorin, „eine Auseinandersetzung und Reflexion der eigenen kulturellen Verortung unter den Aspekten von Privilegierung, Macht und Dominanz sowie der Abwehrmechanismen gegenüber rassistischen Denk-, Empfindungs-, Handlungs- und Bewertungsmustern notwendig.“

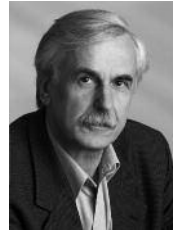
Entsprechend dieses Schwerpunktthemas hat sich diesmal in der Rubrik „Psychoziale Einrichtungen in Wien“ der Verein „Peregrina“ mit seiner Tätigkeit im Bereich der Beratung und Therapie von Migrantinnen vorgestellt. Er wurde bereits

1984 unter dem Namen „Verein solidarischer Frauen aus der Türkei und aus Österreich“ gegründet und hat sich in den 27 Jahren seines Bestehens zu einem Bildungs-, Beratungs- und Therapiezentrum für Migrantinnen jeglicher Herkunft entwickelt. Das Ziel des Vereins besteht darin, in erster Linie Migrantinnen, aber auch ihre Familien bei der Bewältigung ihrer rechtlichen, psychischen und sprachlichen Lebenssituation in Österreich zu begleiten und zu unterstützen.

Außerdem soll hier auf die Arbeitsgruppe, „Politische PsychotherapeutInnen“ im ÖBVP hingewiesen werden, die sich ebenfalls mit dem Thema, Rassismus und Fremdenfeindlichkeit befasst. Da es sich dabei um einen wichtigen gesellschaftspolitischen Bereich handelt und es hier auch um die

Einhaltung von Menschenrechten und menschenwürdiger Behandlung geht, besitzt dieses Thema vor allem auch für uns PsychotherapeutInnen eine besondere Relevanz und es erscheint uns wichtig, an diesem Diskurs teilzunehmen.

Abschließend möchte noch ich im Namen der Redaktion allen Kolleginnen und Kollegen einen angenehmen und erholsamen Sommer wünschen. ♦



Hermann Spielhofer
für das Redaktionsteam

Brief der Vorsitzenden



Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger hat im Juni eine Analyse veröffentlicht, nach der im Jahr 2009 rund 900.000 Menschen in Österreich das Gesundheitssystem wegen psychischer Erkrankungen in Anspruch genommen haben. Diese Zahl ergibt sich aus den Medikamentenverordnungen der Gruppe der Psychopharmaka, den Spitalsaufenthalten und Krankenständen wegen psychischer Diagnosen sowie einer Hochrechnung von ÄrztInnen- und PsychotherapeutInnenkontakten. Ca. 840.000 Personen bekamen im Jahr 2009 Psychopharmaka verschrieben (2/3 über HausärztInnen), 120.000 PatientInnen suchten eine/n FachärztIn für Psychiatrie auf und 70.000 Menschen waren wegen psychischer Diagnosen im Spital (wegen Überschneidungen werden insgesamt ca. 900.000 Betroffene angenommen). 65.000 PatientInnen (7,2%) erhielten eine psychotherapeutische Krankheitsbehandlung durch eine/n PsychotherapeutIn; weitere 65.000 nahmen bei

ÄrztInnen mit Psychotherapie-Diplom („PSY-III“-Diplom) psychotherapeutische Medizin in Anspruch.

Die Kosten für die Krankenbehandlung im Bereich psychischer Erkrankungen betragen 2009 rund 750 Millionen Euro, davon ca. 280 Millionen in Spitälern. Nur 63 Millionen Euro (8,4%) wurden für psychotherapeutische Behandlungen ausgegeben, 5 Millionen für psychologische Diagnostik. Während zwischen 2007 und 2009 Krankenstände aufgrund körperlicher Erkrankungen einen Anstieg von 10 Prozent verzeichneten, betrug die Steigerung bei den psychischen Diagnosen 22 Prozent.

Internationale Studien (u.a. Margraf, 2009) belegen, dass eine alleinige Psychopharmaka-Behandlung einer Psychotherapie oder der Kombinationstherapie langfristig deutlich unterlegen ist. Bis zu 80 Prozent der PatientInnen erleiden Rückfälle nach Absetzen der Medikation. Wenn man betrachtet, dass im Jahr 2009 nur 7,2 Prozent der statistisch erfassten Personen, die an einer psychischen Erkrankung litten, eine Psychotherapie bei einem/einer Psy-

chotherapeutIn in Anspruch nahmen – bzw. aufgrund des unzureichenden Angebots nehmen konnten, wird deutlich, welcher Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung mehr denn je besteht.

Aufgrund des nun auch für die Krankenkassen evidenten Handlungsbedarfs hat der Hauptverband beschlossen, noch heuer eine „Strategie Psychische Gesundheit“ zu erarbeiten. Die kommenden Monate werden zeigen, in wie weit sich eine partnerschaftliche Kooperation mit dem Berufsverband im Bezug auf die Entwicklung Österreich weiter Rahmenverträge für Psychotherapie festigen lässt.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen einen vielversprechenden Sommer! ♦



Mit besten Grüßen ...
Leonore Lerch
Vorsitzende



Ordentliche Landesversammlung des WLP

Datum: Freitag, 20. Mai 2011

Zeit: 19.00–21.00 Uhr

Ort: Hotel & Palais Strudlhof, Berchtholdsaal, Pasteurgasse 1, 1090 Wien

Am 20. 5. 2011 fand die Ordentliche Landesversammlung des WLP statt

Tagesordnung:

- 1) Begrüßung und Feststellen der Beschlussfähigkeit
- 2) Zulassung der Gäste
- 3) Genehmigung der Tagesordnung
- 4) Genehmigung des Protokolls der vergangenen Landesversammlung
- 5) Bericht der Tätigkeit des Vorstands Juni 2010 – Mai 2011
- 6) Rechnungsbericht 2010 und Bericht der Rechnungsprüferinnen
- 7) Beschluss über den Jahresvoranschlag 2012
- 8) Beschluss auf Entlastung des Vorstands
- 9) Beschluss der Statutenänderung
- 10) Bestellung eines kooptierten Mitglieds der Beschwerdestelle
- 11) Allfälliges



v.li.n.re.: Hermann Spielhofer, Leonore Lerch, Gerhard Pawlowsky, Johannes Gutmann

Tätigkeitsbericht des WLP

(Juni 2010 – Mai 2011)

Unser berufspolitisches Ziel 2010–2011 war es, eine bessere Verankerung unseres Berufsstandes im Gesundheitssystem weiterzuverfolgen sowie Lobbying zu betreiben für eine Erhöhung des Kostenzuschusses und die Wiederaufnahme von Gesprächen bzgl. Gesamtvertrag mit den Krankenkassen, wenngleich die Umsetzung nicht primär vom Berufsverband, sondern den Verantwortlichen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger und der Politik abhängt.

Ein Schwerpunkt lag auf Vernetzungsaktivitäten und Öffentlichkeitsarbeit. In diesem Zusammenhang wirkte der WLP bei zahlreichen Veranstaltungen mit, um die Stellung der Psychotherapie in der Öffentlichkeit zu stärken. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Ausweitung und Verbesserung der Serviceleistungen für unsere Mitglieder, der Förderung des Dialogs insbesondere mit AusbildungskandidatInnen sowie aller PsychotherapeutInnen in Wien.



Der Integrationsfond im Innenministerium hat soeben einen **Nationalen Aktionsplan für Integration** herausgegeben, der seit 2009 von einer Steuerungsgruppe erarbeitet worden ist, in dem neben den zuständigen Ministerien, den Bundesländern, den Sozialpartnern, ExpertInnen aus Wissenschaft und der Praxis vertreten sind. Darin werden die politischen Leitlinien vorgegeben, die bestehenden Maßnahmen zur Integration sowie die Defizite erhoben, und vor allem sollen damit die Integrationsmaßnahmen österreichweit koordiniert werden. Weitere Informationen unter: www.integration.at.



Psychotherapie mit MigrantInnen: Anregungen für PsychotherapeutInnen und für das Gesundheitssystem

Mag^a. Irmgard Demiol

Ich beschäftige mich in diesem Artikel mit der Frage, inwieweit die Tatsache, dass wir in einem Immigrationsland leben, Eingang in unseren Arbeitsalltag als PsychotherapeutInnen findet und welche Herausforderungen sich dabei stellen. Ich schreibe als Wienerin mit türkischen Sprachkenntnissen, die mit Teilen der kulturellen Vielfalt der Türkei vertraut ist und beziehe mich auf meine Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Arbeit mit KlientInnen aus der Türkei (in türkischer Sprache) und aus anderen Ländern (auf Deutsch, Englisch, Spanisch oder mit Dolmetscherunterstützung). Mit diesen KlientInnen arbeite ich zum einen Teil über den Verein HEMAYAT (Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende), zum anderen Teil stammen meine Erfahrungen aus meiner 5-jährigen Tätigkeit in einer psychosozialen Beratungsstelle der pro mente Oberösterreich in Linz, wo ich für die türkischsprachigen KlientInnen zuständig war.

ImmigrantInnen in Wien

Von allen Menschen, die in Wien leben, sind ca. ein Drittel „ausländischer Herkunft“, haben also eine ausländische Staatsbürgerschaft oder sind österreichische StaatsbürgerInnen, die im Ausland geboren wurden. 11,1 % der WienerInnen stammen aus einem EU- oder EWR-Land, 10,2 % aus dem ehemaligen Jugoslawien und 4,3% aus der Türkei¹.



„MigrantInnen“ sind keine einheitliche Gruppe, weder von der nationalen/ethnischen/kulturellen Herkunft noch von ihrem Status in Österreich her.

Der weiter gefasste Begriff „Migrationshintergrund“, der auf 44% der WienerInnen zutrifft², bezeichnet neben ausländischen Staatsangehörigen auch alle österreichischen StaatsbürgerInnen, die entweder selbst im Ausland geboren wurden oder zumindest einen

Elternteil haben, der im Ausland geboren wurde. Für sie sind Migrationserfahrung und Minderheitenstatus – je nach Lebens- und Familiensituation – ein mehr oder weniger wichtiger Teil der Familiengeschichte und des Familienlebens sowie der eigenen Identität.

„MigrantInnen“ sind keine einheitliche Gruppe, weder von der nationalen/ethnischen/kulturellen Herkunft noch von ihrem Status in Österreich her. Vom Manager eines internationalen Unternehmens und seinen Familienangehörigen über ArbeitsmigrantInnen, die mit Kindern und Enkelkindern schon über 30 Jahre in Österreich leben, über anerkannte Konventionsflüchtlinge bis zu AsylwerberInnen, die mit der Familie (oft mit hier geborenen Kindern) auf den Ausgang des Asylverfahrens warten, reicht die Spanne. Dementsprechend vielfältig sind auch die Anliegen an die PsychotherapeutInnen und die Bedürfnisse in der Psychotherapie.

MigrantInnen als KlientInnen in der Psychotherapie

Einerseits scheint es so zu sein, dass MigrantInnen ganz selbstverständlich als KlientInnen in der Psychotherapie „ankommen“, und dass die Aufnahme einer therapeutischen Beziehung und die individuelle Behandlung mit psychotherapeutischen Methoden so wie mit anderen KlientInnen auch möglich und erfolgreich ist. Dies spiegelt einen Teil der Erfahrungen wider, nämlich den der gelungenen Behandlungen. Aus dem Kontakt mit KlientInnen und aus der Fachliteratur kenne ich aber auch die Tatsache, dass MigrantInnen beim Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen oft auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen.

Hier spielt es natürlich eine Rolle, dass MigrantInnen keine einheitliche Gruppe sind, sondern sich nach sozioökonomischem Status, Herkunft, Bildung, Weltanschauung und vielen anderen Merkmalen unterscheiden, die wiederum Einfluss auf den Zugang zum Gesundheitssystem und insbesondere zur Psychotherapie haben. Dazu kommen kulturell bedingte Barrieren (die ja auch bei Menschen ohne Migrationshintergrund eine Rolle spielen) und Sprachbarrieren.

Von der Erweiterung des psychotherapeutischen Horizonts

Für uns PsychotherapeutInnen bedeutet dies, dass wir uns mit migrations-spezifischen Themen und Fragestellungen vertraut machen müssen, um adäquat auf die Bedürfnisse unserer KlientInnen eingehen zu können. Einigen von uns helfen dabei eigene bzw. familiäre Erfahrungen von Migration, Erfahrungen, die wir im Rahmen von Auslandsaufenthalten oder im Kontakt mit Menschen anderer Herkunft machen konnten. „Transkulturelle Kompetenz“ für PsychotherapeutInnen bedeutet nicht alleine Wissen über andere Kulturen – bloßes Wissen kann auch blind machen gegenüber der Begegnungssituation, kann zur „Kulturalisierung“ dessen beitragen, was wir wahr-

Selbsterfahrung lernen und üben wir die Fähigkeit, Widersprüche auszuhalten, Selbst- und Fremdwahrnehmung bewusst zu nutzen, mit Unterschieden wertschätzend umzugehen und Ressourcen zu erschließen. Im transkulturellen Kontext bedeutet dies eine bewusste Erweiterung unseres Blicks: einerseits im Hinblick darauf, was die Begegnung mit als „fremd“ Empfundene in uns auslöst (was auch immer dies sein mag und wo der Aspekt der „Fremdheit“ liegen mag), und andererseits im Hinblick darauf, wie unsere Gesellschaft die „Fremden“ definiert. Explizit geschieht dies im sogenannten „Fremdenrecht“, das Leben und Alltag von Nicht-ÖsterreicherInnen regelt sowie einen massiven Einfluss auf die Beziehungsgestaltung zwischen „Einheimischen“ und „Fremden“ hat (Aufenthalt, Arbeit, Familienbeziehungen

Psychotherapie ist eine Leistung des Gesundheitswesens, die für alle Menschen gleichermaßen da ist bzw. da sein sollte.

nehmen. Wissen allein ist nicht das Problem – wir können es uns aneignen, wenn es nötig ist, und wir können unsere KlientInnen fragen, wie sie selbst zu den Dingen stehen, die Angehörigen ihrer Kultur zugeschrieben werden. Schwieriger und herausfordernder ist es, unsere therapeutische Neutralität und Handlungsfähigkeit auch in ungewohnten Situationen, gegenüber uns nicht nachvollziehbaren oder für uns nicht akzeptablen Denk- und Handlungsweisen zu behalten. Die Fähigkeit zuzuhören, emotional zugewandt und gleichzeitig auf reflexionsfähiger Distanz zu bleiben, eigene Gefühle wahrzunehmen, aber erst einmal hintanzustellen und gleichzeitig voll für unsere KlientInnen da zu sein – all dies kann besonders schwierig sein, wenn es um Erfahrungen geht, die wir so nicht kennen oder um Wertvorstellungen, die wir nicht teilen. In der eigenen

usw.), und auch in zahlreichen anderen rechtlich geregelten Bereichen des öffentlichen Lebens, die unterschiedliche Inklusions- bzw. Exklusionsmechanismen für Menschen nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft schaffen³. Implizit findet diese Definition im öffentlichen Diskurs und der alltäglichen Lebenswelt statt. Die Art, wie Migration in der Politik, in den Medien und im öffentlichen Raum thematisiert wird, hat Einfluss auf die Selbstwahrnehmung und emotionale Situation von MigrantInnen, ebenso wie Erfahrungen von alltäglichem und strukturellem Rassismus. Die große Mehrzahl der PsychotherapeutInnen besitzt solche Erfahrungen nicht oder nur in beschränktem Ausmaß⁴. Dies verlangt von uns, unseren Horizont zu erweitern, um diese Erfahrungen anerkennen zu können, sie gemeinsam mit den KlientInnen zu reflektieren und Res-

sources und Handlungsmöglichkeiten erschließen zu können. Für mich als Therapeutin bedeutet das Eintreten in den therapeutischen Raum, in den gemeinsamen Erzählraum mit MigrantInnen, die Begegnung mit Neuem und Ungewohntem, einen Wechsel der Perspektive und oft auch die Konfrontation

sein sollte. Sie ist als Behandlungskonzept in einer bestimmten kulturell geprägten Landschaft entstanden und nach wie vor nicht allen sozialen Schichten in gleichermaßen zugänglich. Nur wer über die finanziellen Mittel verfügt, sich eine Psychotherapie (mit Kassenzuschuss) leisten zu kön-

einen Teil relevant. Dennoch werden Sprachbarrieren immer wieder thematisiert, sowohl von Angehörigen von Gesundheitsberufen als auch von MigrantInnen. Angebote in den Muttersprachen der größten MigrantInnengruppen sowie die Unterstützung durch qualifizierte DolmetscherInnen stellen Ausnahmen dar, während im „Normalbetrieb“ so gut es eben geht auf Deutsch kommuniziert wird (siehe dazu den Artikel von Inge Pinzker in diesem Heft). Was schon im medizinischen Bereich schwierig ist, (Fachsprache!), wird in der Psychotherapie oft zum faktischen Ausschlusskriterium.

„Psychotherapie ist nicht wie einkaufen gehen“ – so drücken meine KlientInnen immer wieder aus, dass für psychotherapeutische Gespräche andere Bedingungen gelten als für Alltagsbegegnungen. Hier wird die Sprache zum Medium der Behandlung, es geht um die Herstellung der therapeutischen Beziehung, um den authentischen Ausdruck, die Mitteilung und die Reflexion persönlicher, emotional bedeutsamer Erlebnisse. Nur wer dies schon einmal in einer Fremdsprache



mit den Schattenseiten der Welt, in der wir leben. Krieg, Folter, Unterdrückung und Not können in unmittelbare Nähe rücken anstatt weit entfernt und damit ausgeblendet zu bleiben. Gesellschaftliche Ausgrenzung im hier und jetzt kann plötzlich klar und deutlich im Raum stehen. Um hier empathisch und gleichzeitig therapeutisch handlungsfähig bleiben zu können, muss ich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen kennen und reflektieren, auch: eine persönliche Position dazu finden.

Zugangshindernisse zur Psychotherapie – soziale Schicht und Sprache

Psychotherapie ist eine Leistung des Gesundheitswesens, die für alle Menschen gleichermaßen da ist bzw. da

„Daher wäre es dringend notwendig, Angebote zu schaffen bzw. auszuweiten, die MigrantInnen den Zugang zu muttersprachlicher bzw. dolmetschunterstützter Therapie ermöglichen.“

nen, kann eine PsychotherapeutIn in freier Praxis wählen. Das Angebot an Kassenplätzen ist bekanntermaßen nicht bedarfsdeckend und insbesondere in den Sprachen der größten MigrantInnengruppen kaum vorhanden⁵. Die Beherrschung der deutschen Sprache ist de facto eine Zugangsvoraussetzung zu den Leistungen des Gesundheitssystems. Die Mehrzahl der ImmigrantInnen hat gute Kenntnisse der deutschen Sprache⁶, sprachliche Hindernisse sind demnach nur für

versucht hat, kann nachempfinden, wie schwierig das ist. Die Möglichkeit der Wahl einer Sprache, in der ein freier, ungehinderter, emotional adäquater Ausdruck möglich ist, einer Sprache, in der die KlientInnen, wie sie oft sagen, „ihr Inneres erklären“ können, ist wesentlich für den Erfolg einer Psychotherapie⁷. Daher wäre es dringend notwendig, Angebote zu schaffen bzw. auszuweiten, die MigrantInnen den Zugang zu muttersprachlicher bzw. dolmetschunterstützter Therapie ermöglichen.



Dass solche Angebote gut angenommen werden, zeigen die Erfahrungen aus den wenigen bestehenden Einrichtungen in Wien⁸ sowie aus meiner 5-jährigen Tätigkeit in einer psychosozialen Beratungsstelle in Linz⁹.

Psychotherapie und Integration

„Integration“ bedeutet das Sich-Zusammenfügen von Teilen zu einem Ganzen, das sich seinerseits stetig verändert und entwickelt. Integration erfolgt „automatisch“ – die Teile tendieren dazu, sich zu einem System zu integrieren, wobei dieser Prozess unterstützt oder auch behindert werden kann, aufhalten lässt er sich jedoch nicht¹⁰. Dies gilt sowohl für den individuellen als auch für den gesellschaftlichen Prozess. In diesem Sinne betrachte ich Psychotherapie als ein Stück „gelebte Integration“, denn Integration beinhaltet ein beiderseitiges aufeinander Zugehen, sowohl aus gesellschaftlicher als auch aus psychotherapeutischer Perspektive. Psychotherapie bedeutet *unter anderem auch* die Begleitung des individuellen Integrationsprozesses in ein gesellschaftliches Ganzes – in einem ganzheitlichen, umfassenden Sinn. Die Reflexion der eigenen Person und Identität, die Erweiterung des persönlichen Handlungsspielraumes, die Weiterentwick-

lung von Kompetenzen im Umgang mit der Umwelt und den Mitmenschen sind Schritte sowohl zur persönlichen Gesundheit als auch zur gesellschaftlichen Partizipation. ♦

Mag^a. Irmgard Demirol, Jg. 1963, Diplompädagogin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), traumazentrierte Therapie, Theaterpädagogin (Theater der Unterdrückten nach Augusto Boal). Als Psychotherapeutin tätig beim Verein HEMAYT (Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende) sowie in freier Praxis (auch in türkischer, englischer und spanischer Sprache).

- 1 Quelle: http://www.integrationsfonds.at/publikationen/integration_im_fokus/integration_im_fokus_ausgabe_32010/thema_wie_anders_ist_wien/wien_in_zahlen_und_fakten/ Zugriff vom 22.05.2011
- 2 Quelle: Integrations- und Diversitätsmonitor der Stadt Wien 2009, erstellt im Auftrag der Magistratsabteilung 17 Integration und Diversität.
- 3 In einer Vielzahl von Gesetzen existiert eine „Kategorisierung“ nach österreichischer Staatsbürgerschaft, EU-Staatsbürgerschaft und sog. „Drittstaatsangehörigen“ (unter denen wiederum Unterschiede je nach Aufenthaltsstatus gemacht werden). Als Psychotherapeutin bin ich natürlich keine Rechtsexpertin – ich habe aber gelernt, vorsichtig zu sein mit meinen Annahmen über die Rechte und Möglichkeiten, zu denen meine KlientInnen Zugang haben und bitte sie immer, sich bei einer spezialisierten Beratungsstelle für MigrantInnen zu informieren. Aus meiner Praxis ist mir bekannt, dass besondere Achtsamkeit nötig ist im Bereich von Ehe und Scheidung bzw. deren rechtlichen Konsequenzen, aber auch im Bereich verschiedener Beihilfen, Leistungen nach dem Chancengleichheitsgesetz etc. Dies bedeutet, dass sich die konkrete Partizipationsmöglichkeit von MigrantInnen oft deutlich von dem unterscheidet, was

wir als „österreichischen Standard“ empfinden und schätzen.

- 4 Der Beruf der PsychotherapeutIn ist aufgrund der langen Ausbildungszeiten und der hohen Ausbildungskosten ein Bereich, in den MigrantInnen (mit niedrigem sozioökonomischem Status) bzw. deren Kinder bis dato kaum Eingang finden.
- 5 So ergibt die Suche auf der homepage der Wiener Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung 3 PsychotherapeutInnen mit serbokroatisch/bosnischen und eine Psychotherapeutin mit türkischen Sprachkenntnissen.
- 6 53 Prozent der MigrantInnen verfügen 2008 nach eigener Aussage über muttersprachliche oder sehr gute Deutschkenntnisse, 36 Prozent bezeichnen ihre Deutschkenntnisse als ziemlich gut (Quelle: Integration in Österreich. Studie der GfK Austria GmbH. Univ.-Doz. Dr. Peter A. Ulram für das Bundesministerium für Inneres).
- 7 Ein bedeutender Teil meiner aus der Türkei stammenden KlientInnen sind KurdInnen, für die Türkisch die erste Zweitsprache bzw. Bildungssprache ist. Hier wurde die Verwendung des Türkischen als gemeinsame Sprache aus pragmatischen Gründen nicht hinterfragt. Hervorheben möchte ich, dass die Bewertung, „mangelnde Deutschkenntnisse“ oft den Blick auf die vielfältige Sprachenkompetenz von MigrantInnen verdeckt.
- 8 In allen mir bekannten Einrichtungen (Verein HEMAYAT, Peregrina, Miteinander Lernen, FEM Süd) ist der Bedarf deutlich größer als die Kapazität.
- 9 Psychosoziale Beratungsstelle Linz Süd der prominenten OÖ mit einem Angebot in klinisch-psychologischer Beratung in bosnisch/serbisch/kroatischer Sprache und Psychotherapie in türkischer Sprache (2005–2010).
- 10 Vgl. Ruth Kronsteiner: „Der Adler fliegt in Österreich wie in Tschetschenien“ oder Integration durch Psychotherapie. S. 49f. In: Herbert Langthaler (Hrsg.): Integration in Österreich. Sozialwissenschaftliche Befunde. StudienVerlag, Innsbruck, 2010

Informationen & Veranstaltungen:

5. Kongress der Transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

vom 23.–25. 9. 2011 in Klagenfurt. Nähere Informationen dazu auf: <http://www.transkulturellepsychiatrie.de>

Interkulturelle Supervision am AKH

offen für Angehörige verschiedener Berufsgruppen. Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Prof. Dr. Martin Aigner. Nähere Informationen und Termine: sanela.piralic-spitzl@meduniwien.ac.at

Vernetzung Transkulturelle Psychotherapie

PsychotherapeutInnen, die sich für Transkulturelle Psychotherapie interessieren (mit und ohne eigenen „Migrationshintergrund“) und sich mit KollegInnen vernetzen möchten, bitte ich, mich per E-Mail zu kontaktieren: irmgard.demirol@web.de. Ein Vernetzungstreffen wird voraussichtlich im Herbst stattfinden. Ganz besonders lade ich PsychotherapeutInnen ein, die Psychotherapie auch in einer Fremdsprache anbieten.



Rassismus. Auswirkungen auf die psychische Gesundheit¹

Leonore Lerch

¹ Der Beitrag fasst Teile der Forschungsergebnisse von Dipl.Psych. Astride Velho zusammen, die veröffentlicht wurden im Aufsatz von Astride Velho: (2010) „Un/Tiefen der Macht: Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf die Gesundheit, das Befinden und die Subjektivität. Ansätze für eine reflexive Berufspraxis“. Dokumentation der Fachtagung vom 12.10.2010. Hg.: Landeshauptstadt München Direktorium, Antidiskriminierungsstelle für Menschen mit Migrationshintergrund AMIGRA, 2011, 12–39. Die Zusammenfassung des Beitrags wurde von mir ergänzt.

„Ideologisch gehört der gegenwärtige Rassismus, (...) in den Zusammenhang eines „Rassismus ohne Rassen“ (...), eines Rassismus, dessen vorherrschendes Thema nicht mehr die biologische Vererbung, sondern die Unaufhebbarkeit der kulturellen Differenzen ist; eines Rassismus, der – jedenfalls auf den ersten Blick – nicht mehr die Überlegenheit bestimmter Gruppen oder Völker über andere postuliert, sondern sich darauf „beschränkt“, die Schädlichkeit jeder Grenzverwischung und die Unvereinbarkeit der Lebensweisen und Traditionen zu behaupten“. (Balibar, 1990, S. 28).

◆◆◆ **R**assismus durchdringt alle Lebensbereiche unserer Gesellschaft. Rassistische Diskriminierungen sind im Leben vieler Menschen alltägliche und erschütternde Erfahrungen. Werden Auswirkungen von Rassismus auf die Gesundheit thematisiert, so überwiegend als individuelle Pathologien, selten jedoch im Kontext von Machtverhältnissen. Der Mainstream der Migrationsforschung befasst sich mit kulturellen Differenzen und interkulturellen Konzepten, jedoch nur marginal mit den gesellschaftlichen Dominanzverhältnissen, die in „inter-kulturell“ verstandenen Begegnungen auftreten. Auch psychotherapeutische Beziehungen sind davon nicht ausgenommen. Handelt es sich in Österreich, bzw. dem deutschsprachigen Raum, im Kontext von Psychotherapie doch überwiegend um Beziehungen zwischen Angehörigen der Dominanzgesellschaft in der Rolle des/der PsychotherapeutIn und Betroffenen von Rassismus in der Rolle des/der KlientIn – mit den Machtasymmetrien der jeweiligen Verortungen auf den Achsen von Kultur, Ethnizität, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit usw.



So möchte ich in meinem Beitrag weniger auf psychische Krankheitsbilder als mögliche Folge von Rassismuserfahrungen eingehen, sondern den Schwerpunkt vielmehr auf inter- und intrapsychische Mechanismen legen, die in Dominanzverhältnissen im Kontext von Rassismus wirksam werden können. Ich beziehe mich dabei auf Forschungsergebnisse, die Astride Velho (2010, S.16ff.) wie folgt zusammenfasst: „Die meisten (vorwiegend quantitativen) Studien, die international über die ein-

schlägigen Datenbanken und in Fachzeitschriften zu finden sind und sich auf erlebte rassistische Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen Minderheitenangehöriger in westlichen Staaten beziehen, berichten von Effekten auf die körperliche und psychische Gesundheit (vgl. auch Igel et al., 2010), auf Selbstwert und Verhalten und von Prozessen der Internalisierung, Traumatisierung und Bewältigung, von Diskriminierungserfahrungen als Stressor (ebd.; Kirkcaldy et al., 2006), sowie von Aus-

wirkungen auf Bildungserfolg, Familienbeziehungen, Sozialisation und Identität. Die Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf das psychische Wohlbefinden können auch Resultat der mit der Diskriminierung verbundenen ökonomischen und sozialen Benachteiligung

einer Stichprobe aus einer repräsentativen Haushaltsbefragung 1844 MigrantInnen anhand von Variablen zu Diskriminierungserfahrungen, subjektiver Gesundheit und sozioökonomischen Merkmalen unter Berücksichtigung von Herkunft und Geschlecht“ untersucht wurden.

zu Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen, schwache soziale Netzwerke, Mangel an gesellschaftlicher Zugehörigkeit. Rassistische Diskriminierungs- und Marginalisierungserfahrungen werden selten untersucht. So stellen Haasen und Yagdiran (2000) fest, dass Ausländerfeindlichkeit, Ablehnung durch die Mehrheitsgesellschaft, Stigmatisierung, Abwertung und Zuweisung einer gesellschaftlich untergeordneten Position stressauslösend wirken und die psychische Gesundheit negativ beeinflussen. Eine auf 39 Studien (1991–2004) basierende US-Amerikanische Metastudie von Carter (2007) über Auswirkungen rassistischer Diskriminierung bei People of Color ermittelt eine überdurchschnittliche Häufigkeit von Symptomen, die ident sind mit den Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. „Zentral ist (...) [Carter's] Konzept der „Psychological Injury“, das besagt, dass traumatische Reaktionen nicht notwendigerweise auf physische Gewalt oder Bedrohung zurückgehen müssen, sondern auch aus rassistisch begründeten emotionalen Verletzungen hervorgehen können, z.B. durch Herabwürdigungen oder institutionelle Diskriminierung“ (Velho, 2010, S.17).

„Die ForscherInnen folgern, dass Diskriminierungserfahrungen ein unabhängiger Prädiktor für die subjektive Gesundheit sind, aber die Relevanz nach Herkunft und Geschlecht variiert und diese Erfahrungen als psychosoziale Belastung für MigrantInnen anerkannt werden sollten“ (Velho, 2010, S.19).

Die Frauen- & Genderforschung sowie die Traumaforschung haben die Folgen von (sexualisierten) Gewalterfahrungen in der Kindheit sowie im Erwachsenenalter für die Gesundheit hinreichend aufgezeigt. Es wurde nachgewiesen, dass Stressreaktionen im Kontext von Gewalt die physische und psychische Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen können. In einer Studie von Bryant-Davis/Ocampo (2005) werden Parallelen zwischen Traumata z.B. durch sexualisierte Gewalt und multiplen Formen rassistischer Gewalt hergestellt. Meist beziehen sich Untersuchungen über Stressoren im Kontext von Migration lediglich auf psychosoziale Faktoren des Akkulturationsprozesses („Migration als kritisches Lebensereignis“ Kirkcaldy et al., 2006) wie z.B. geringes Einkommen und niedriger sozialer Status im Ankunftsland, erschwerten Zugang

ligung, einer geringeren sozialen Mobilität (in Bildung und Arbeit) und inadäquater medizinischer Versorgung sein (vgl. Igel et al., 2010; McKenzie, 2006).“ Eine US-Amerikanische Metastudie von Williams et al. (2003) fasst 53 empirische Studien zwischen 1998 und 2003 zusammen, die die Beziehung zwischen rassistischer Diskriminierung und Gesundheit untersuchten. In den Ergebnissen wird festgestellt, dass die psychische Gesundheit durch ökonomische Marginalisierung, mangelnden Zugang zu Ressourcen sowie der Internalisierung negativer Stereotype und Effekte auf das Selbstwertgefühl beeinträchtigt wird (Williams & Williams-Morris, 2000). Ergebnisse einer Studie über schwarze britische SchülerInnen von Graham & Robinson (2004) zeigen einen Zusammenhang zwischen rassistischen Strukturen im Bildungssystem und mangelndem Bildungserfolg. Laut Caldwell (2004) stellt rassistische Diskriminierung einen starken Prädiktor für aggressives Verhalten von adolescenten Schwarzen in den USA dar. Untersuchungen von Thomas & Witherpoon (2004) zeigen Zusammenhänge zwischen der Internalisierung von Stereotypen bei schwarzen Frauen in den USA und deren Selbstwert und Identität. Von Interesse ist auch eine Untersuchung von Igel et al. (2010) in Deutschland, in der „auf Grundlage

Rassismus als Stressfaktor – Rassismus als Trauma

Die Frauen- & Genderforschung sowie die Traumaforschung haben die Folgen von (sexualisierten) Gewalterfahrungen in der Kindheit sowie im Erwachsenenalter für die Gesundheit hinreichend aufgezeigt. Es wurde nachgewiesen, dass Stressreaktionen im Kontext von Gewalt die physische und psychische Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen können. In einer Studie von Bryant-Davis/Ocampo (2005) werden Parallelen zwischen Traumata z.B. durch sexualisierte Gewalt und multiplen Formen rassistischer Gewalt hergestellt. Meist beziehen sich Untersuchungen über Stressoren im Kontext von Migration lediglich auf psychosoziale Faktoren des Akkulturationsprozesses („Migration als kritisches Lebensereignis“ Kirkcaldy et al., 2006) wie z.B. geringes Einkommen und niedriger sozialer Status im Ankunftsland, erschwerten Zugang

Fischer und Riedesser (1998, S.79) definieren den Begriff Trauma als „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung im Selbst- und Weltverständnis bewirkt“, wobei „eine Abfolge von traumatischen Ereignissen oder Umständen, die jedes für sich subliminal bleiben können, in ihrer zeitlichen Abfolge und Häufung jedoch die restitutiven Kräfte des Ich so sehr schwächen, dass insgesamt eine oft sogar schwertraumatische Verlaufsgestalt entsteht. Immer von neuem wird die ‚Erholungsphase‘ unterbrochen. Die

Der Mainstream der Migrationsforschung befasst sich mit kulturellen Differenzen und interkulturellen Konzepten, jedoch nur marginal mit den gesellschaftlichen Dominanzverhältnissen.

ständige Wiederholung durchbricht die Abwehrbarriere und hinterlässt tiefe Spuren im Persönlichkeitssystem“ (ebd. S.124). Es hängt von den psychischen Strukturen eines Individuums, den Bewältigungsmöglichkeiten und vorhandenen Ressourcen wie z.B. der sozialen Unterstützung durch das Umfeld (Butollo et al., 1999) ab, wie unbeschadet Traumatisierungen überstanden werden, nicht zuletzt auch vom Alter, in dem eine Traumatisierung stattfindet. Ist bereits die Kindheit durch ein rassistisches „Klima“ und Diskriminierungserfahrungen geprägt – auch wenn

mulative Traumatisierungen durch Rassismuserfahrungen berücksichtigt (Franklin, 2006). „Rassismus wird (...) selten als Trauma wahrgenommen und benannt. Diese Absenz der Benennung liegt daran, dass die Geschichte der rassistischen Unterdrückung und ihre psychologische Auswirkung innerhalb des westlichen Diskurs bisher vernachlässigt wurde“ (Kilomba Ferreira, 2004, S.173f.). In diesem Sinne versteht die Berliner Psychologin Grada Kilomba Ferreira „Alltagsrassismus als eine moderne Reinszenierung kolonialer Szenen, die Menschen innerhalb von

bezeichnet wird. „Das Konzept des Othering beschreibt, wie im kolonialen oder postkolonialen Diskurs Subjekte erschaffen werden. Othering ist, wie es z.B. Gayatri C. Spivak (1984) ausführt, ein Prozess, in dem die kolonisierenden, sich in der hegemonialen Position Befindlichen, ebenso etabliert werden, wie die kolonisierten, marginalisierten Anderen“ (Velho, 2010, S.15). Durch den Prozess des Othering werden Menschen zu „Anderen“ konstruiert, klassifiziert und sichtbar gemacht, während die eigene Position unmarkiert bleibt. So meinte der britische Theoretiker der

Subjekte zu „Anderen“ zu „ver-Ding-lichen“ und ihnen damit eine Objekt-Position zuzuweisen, ist ein Instrument, das Angehörigen der Dominanzgesellschaft eine relative Macht über minorisierte Gruppen ermöglicht.

diese mitunter nicht als solche identifiziert und benannt werden – oder kommen andere traumatisierende Erlebnisse hinzu, erhöht sich das Risiko für eine Traumafolgeerkrankung. US-amerikanische PsychologInnen fordern daher eine Überarbeitung des DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) hinsichtlich der Definitionen von Trauma und Posttraumatischer Belastungsstörungen, die ku-

Diskursen der Unterlegenheit und Entfremdung festschreiben“ (Kilomba Ferreira, 2003, S.146).

Zum/zur Anderen gemacht werden – „Othering“

Eine Grundlage für die Diskriminierung von Menschen ist ein sozialpsychologischer Mechanismus, der im angloamerikanischen Diskurs als „Othering“

Cultural Studies Stuart Hall (1999, S.93): „Die Engländer sind nicht deshalb rassistisch, weil sie die Schwarzen hassen, sondern weil sie ohne die Schwarzen nicht wissen, wer sie sind“. Privilegien und Perspektiven von Mehrheitsangehörigen werden nicht als subjektive und relative Positionen betrachtet, sondern als Norm angesehen, wobei Differenzen zu Minderheitsangehörigen kulturalisiert und als Er-

Pressekonferenz im Parlament

Auszüge aus diesem Beitrag wurden vorgestellt im Rahmen einer Pressekonferenz am 16. Juni 2011 im Österreichischen Parlament anlässlich der Präsentation des Jahresberichtes 2010 „Schwarze Menschen in Österreich – Lagebericht“.

Der Bericht ist im Verlag Black European Publishers um 8 Euro zzgl. Versandkosten erhältlich.
HerausgeberInnen: Beatrice Achaleke und Simon Inou
Chefredakteurin: Clara Akinyosoye.
Bestellung auch per E-Mail möglich:
office@blackwomenscenter.org
Black European Publishers, AFRA, Pelzgasse 7, 1150 Wien,
T: +43 1 966 04 25

Foto: © Aderemi Babajide



v.li.n.re.: Kamdem Mou à Poh Hom, Simon Inou, Beatrice Achaleke, Clara Akinyosoye, Leonore Lerch, Walter Sauer

klärungsmuster im Umgang mit eben diesen „Anderen“ verwendet werden. „Weißen wird beigebracht, dass sie denken, ihr Leben sei moralisch neutral, normativ, durchschnittlich, ideal. Wenn wir wollen, dass es anderen gut geht, dann wollen wir es ihnen erlauben, so ähnlich wie wir zu werden. Obwohl ich mich nicht als unterdrückerisch erlebe, haben die Privilegien dazu geführt, dass ich mich nicht-Weißen Personen gegenüber überlegen fühle“, konstatiert Peggy McIntosh (1992, S.76). „Für Weiße ist dies deshalb möglich, weil sie selbst keine Diskriminierungserfahrung als Weiße machen. Sie werden in der Regel nicht auf ihr Weiß-sein hingewiesen, es sei denn in der Begegnung mit Schwarzen“ (Wachendorfer, 1999, S.140). Für Ruth Frankenberg



Um die Prozesse des Othing im psychotherapeutischen Setting nicht zu reproduzieren, ist eine Auseinandersetzung und Reflexion der eigenen kulturellen Verortung unter den Aspekten von Privilegierung, Macht und Dominanz ... notwendig

(1995) besteht „»Rassen«Privilegierung in der Erfahrung, n i c h t ins Gesicht geschlagen zu werden“ (Frankenberg, 1995, S.55).

Subjekte zu „Anderen“ zu „ver-Ding-lichen“ und ihnen damit eine Objekt-Position zuzuweisen, ist ein Instrument, das Angehörigen der Dominanzgesellschaft eine relative Macht über minorisierte Gruppen ermöglicht. Nach Foucault (1993) können „Orte“ für Handlungsfähigkeit wie auch Widerständigkeit jedoch nur innerhalb von Machtbeziehungen markiert werden. So stellen Erfahrungen des Othing auch widersprüchliche Dynamiken von Identifikation und Internalisierung her.

Identifikations- und Internalisierungsprozesse

Stuart Hall beschreibt die Internalisierung des Selbst als „Anderes“ als Erfahrungen von Alltagsrassismus, die

„auch innerhalb der dominierten Subjekte wirksam“ sind und Betroffene dazu bringen, sich zunehmend selbst als „anders“ und „minderwertig“ zu erfahren (Hall, 1994, S.20, S.135). Die Identifikation mit den hegemonialen Normen und die Anpassung an sie gehen zwar einher mit der Erfahrung der Unterwerfung, ermöglichen jedoch eine minorisierte Subjektivität. „Das Subjekt lässt sich durchaus so denken, dass es seine Handlungsfähigkeit von eben der Macht bezieht, gegen die es sich stellt“

werden Menschen mit Migrationsbiographien einerseits zu integrationswilligen „braven Ausländern“, die sich an die Dominanzgesellschaft anpassen und sich mit dieser z.T. (über)identifizieren, um nach Jahren erfolgreicher Integrationsprozesse feststellen zu müssen, dass sie doch nur als „(exotische) Bereicherung“ und nicht als „Teil der Gesellschaft“ betrachtet werden. Andererseits wird ihnen Integrationsunwilligkeit bescheinigt, wenn sie – die Konstruktionen rassistischer Klischee-

Generell kann das Wissen um Rassismus mit seinen Widersprüchlichkeiten ... als kognitive Ressource bezeichnet werden.

(Butler, 2001, S.22). Internalisierungs- und Identifikationsprozesse können als Bewältigungsstrategien verstanden werden, die das Überleben und die Handlungsfähigkeit sichern sollen. So

bilder von den „Fremden“ bestätigend – „anders“ bleiben. Nicht selten entstehen Irritation oder Verärgerung, werden die Stereotype nicht bestätigt: „Woher kommen Sie? *Aus Wien*. Nein, ich



meinte, woher kommen Sie ursprünglich? *Aus Wien*. Nein, Sie verstehen nicht. Ich meinte, wo sind Sie geboren? *In Wien*. Tatsächlich? Aber Sie schauen gar nicht so aus!“

Rassismuskritische Psychotherapie

Antonovsky (1997, S.37) beantwortet die Frage, was Menschen unter schwersten Belastungen gesund erhält, damit, dass „ein hohes Ausmaß an Handhabbarkeit stark von einem hohen Maß an Verstehbarkeit abhängt“. Generell kann das Wissen um Rassismus mit seinen Widersprüchlichkeiten, vielfältigen Formen von Gewalt und Verschränkungen mit anderen Diskriminierungs- und Ausgrenzungspraxen sowie Machtverhältnissen wie Sexismus, Heteronormativität oder Behindertenfeindlichkeit als kognitive Ressource bezeichnet werden.

Um die Prozesse des Othering im psychotherapeutischen Setting nicht zu reproduzieren, ist eine Auseinandersetzung und Reflexion der eigenen kulturellen Verortung unter den Aspekten von Privilegierung, Macht und Dominanz sowie der Abwehrmechanismen gegenüber rassistischen Denk-, Empfindungs-, Handlungs- und Bewertungsmustern notwendig. Dies bedeutet, Kulturalität als Konstruktion zu erkennen und nicht normativ, sondern relativ zu betrachten. Es geht nicht darum, als PsychotherapeutIn ExpertIn für möglichst viele „andere bzw. fremde Kulturen“ zu werden, sondern um „die Bereitschaft, die Illusion der Kompetenz zu verlieren, d.h. sich von einem instrumentellen Zugriff auf das „Wissen über Andere“ zu verabschieden“ (Mecheril et al., 2010). ◆

Leonore Lerch, Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis, Schwerpunkte: Psychiatrische Erkrankungen, Trauma, Gender, Transgender, Migration, Rassismus (www.leonore-lerch.at); Mitarbeit beim Verein Windhorse – Ambulante Betreuung für Menschen in schweren psychischen Krisen (Psychosen).

Literatur

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese; Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen.
- Balibar, Etienne (1990): Gibt es einen „Neo-Rassismus“? in: ders./Wallerstein, Immanuel: Rasse – Klasse – Nation: Ambivalente Identitäten, Hamburg, 23–38.
- Bryant-Davis, Thema/Ocampo, Carlota (2005): Racist Incident-Based Trauma, *The Counseling Psychologist*, 33, 479–500.
- Butler, Judith (2001): *Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung*, Frankfurt a. M.
- Butollo, W., Hagl, M., Krüsmann, M. (1999): *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung*, Stuttgart.
- Caldwell, Cleopatra et al. (2004): Racial Discrimination and Racial Identity as Risk or Protective Factors for Violent Behaviors in African American Young Adults in: *American Journal of Community Psychology*, 33, 1/2, 91–105.
- Carter, Robert (2007): Racism and Psychological and Emotional Injury: Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress, *The Counseling Psychologist*, 35, 13–105.
- Cliff, Michelle (1985): Wenn ich dies mit Feuer schreiben könnte. In: *The Land of Look Behind. Prose and Poetry*. Ithaca, NY, Firebrand Books.
- Eggers, Maisha [alias Raburu, Maureen] (1999): *Antirassistische Mädchenarbeit. Sensibilisierungsarbeit bezogen auf Rassismus mit Mädchen und jungen Frauen*. Autonomes Mädchenhaus Kiel (Hg.), Eigenverlag Lotta e.V.
- Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, München.
- Foucault, Michel (1993): *Technologien des Selbst* in: Martin, Luther/Gutman, Huck/Hutton, Patrick: *Technologien des Selbst*. Frankfurt a. M., 24–62.
- Frankenberg, Ruth (1994): Weiße Frauen, Feminismus und die Herausforderung des Antirassismus. In: Fuchs, Brigitte/ Habinger, Gabriele (Hg.): *Rassismen & Feminismen*, Promedia Verlag, 1996, 55.
- Anderson J. Franklin/Nancy Boyd-Franklin/Shalonda Kelly (2006): Racism and Invisibility Race-Related Stress, Emotional Abuse and Psychological Trauma for People of Color, *Journal of Emotional Abuse*, Vol. 6, Issue 2&3, p. 9–30.
- Graham, Mekada/Robinson, Gil (2004): The Silent Catastrophe: Institutional Racism in the British Educational System and the Underachievement of Black Boys, *Journal of Black Studies*, Vol. 34, No. 5, Sage Publications, Inc., pp. 653–671.
- Hall, Stuart (1994): *Rassismus und kulturelle Identität*, Hamburg.
- Hall, Stuart (1999): Ethnizität: Identität und Differenz in: Engelmann, Jan: *Die kleinen Unterschiede. Der Cultural-Studies-Reader*, Frankfurt a. M., 83–98.
- Haasen, Christian et al. (2000): *Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft*, Freiburg.
- Hooks, Bell (1996): *Sehnsucht und Widerstand. Kultur, Ethnie, Geschlecht*. Zt.n.: Eggers, Maisha alias Raburu, Maureen. (1999): *Antirassistische Mädchenarbeit. Sensibilisierungsarbeit bezogen auf Rassismus mit Mädchen und jungen Frauen*. Autonomes Mädchenhaus Kiel (Hg.), Eigenverlag Lotta e.V., 62.
- Igel, Ulrike et al. (2010): Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen in: *Psychiatrische Praxis*, 37, 183–190.
- Joseph, Gloria I./McLaughlin, Andrée Nicola (1993): *Einleitung. In Schwarzer Feminismus*, Orlanda Verlag, 9–16.
- Kilomba Ferreira, Grada (2003): Die Kolonisierung des Selbst – Der Platz des Schwarzen, in: Steyerl, Hito/Gutiérrez-Rodríguez, Encarnación: *Spricht die Subalterne deutsch? Migration und postkoloniale Kritik*, Münster, 146–165.
- Kirkcaldy, B. et al. (2006): Migration und Gesundheit in: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 49, 873–883.
- McIntosh, Peggy (1992): *White privilege and male privilege. A personal account of coming to see correspondences through work in Women's studies*. In: Andersen, M.L./Hill Collins, P. (eds.), *Race, class, and gender*, 1992, 76.
- Mc Kenzie (2006): *Racial discrimination and mental health*, *Psychiatry*, 5, 383–387.
- Mecheril, Paul et al. (2010): *Migrationspädagogik*, Weinheim.
- Spivak, Gayatri C. (1984): *The Rani of Sirmur* in: Barker, Francis et al.: *Europe and its Others*. Vol. 1, Essex, 128–151.
- Thomas, A. J./Witherspoon, K. M./Speight, S. L. (2004): *Toward the Development of the Stereotypic Roles for Black Women Scale*. *Journal of Black Psychology*, 30, 426–442.
- Velho, Astride (2010): (Un-)Tiefen der Macht. Subjektivierung unter den Bedingungen von Rassismuserfahrungen in der Migrationsgesellschaft in: *Alltagsrassismus und rassistische Diskriminierung. Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit. Dokumentation der Fachtagung vom 12.10.2010*. Hg.: Landeshauptstadt München Direktorium, Antidiskriminierungsstelle für Menschen mit Migrationshintergrund AMIGRA, 2011, 12–39.
- Wachendorfer, Ursula (1999): *Inszenierung von Unsichtbarkeit – zur Rolle des Weißseins in der Therapie*. In: Lerch/Banda-Stein/Hahn/ Reinhard/Westen (Hg.): *22. Feministischer Frauentherapiekongress. Psychosoziale Arbeit im Spannungsfeld unterschiedlicher Kulturen. Möglichkeiten der Grenzerweiterung auf persönlicher, sozial-politischer und spiritueller Ebene*, Berlin, 140.
- Williams, David/Williams-Morris, R. (2000): *Racism and Mental Health: the African-American experience*, *Ethnicity and Health*, 5 (3/4), 243–268.



Zugang von MigrantInnen zum Gesundheitswesen – Nur eine Frage der sprachlichen Verständigung?

Mag.ª Inge Pinzker

◆ ◆ ◆ Sprachbarrieren im Gesundheitswesen¹

„Wegen absoluter Sprachbarriere kann ich leider keine genauere Anamnese erfragen.“ Die (apparatemedizinische) Untersuchung führte der Arzt, wie der schriftliche Befund zeigt, dennoch durch. Eine in dieser Form leider häufig praktizierte „stumme“ Medizin führt jedoch zwangsläufig zu Fehlhandlungen, wie etwa jener im LKH Graz, wo aufgrund einer Verwechslung bei einer schwangeren Türkin viel zu früh die Wehen eingeleitet wurden. Der Mangel an Kommunikation ist zudem frustrierend, zeitliche und personelle Ressourcen werden sinnlos vergeudet, ganz abgesehen von der Frage, inwiefern ÄrztInnen hier überhaupt ihrer gesetzlichen Aufklärungspflicht nachkommen. Sie bewegen sich in einem rechtlichen Graubereich.

Die Mär von den „natürlichen DolmetscherInnen“

Um Abhilfe zu schaffen, werden im Gesundheitswesen nach wie vor Angehörige, Kinder und häufig auch Reinigungskräfte zum „Dolmetschen“ herangezogen, so genannte LaiendolmetscherInnen (Pöchhacker, 2000). Was wohl als Notlösung begann, hat sich weithin als gewohnte Praxis etabliert und wird nicht hinterfragt. Die kriti-

schen Folgen: Simple Anamnesefragen werden falsch wiedergegeben, Inhalte verzerrt oder selektiv übersetzt und wichtige Ratschläge ausgelassen. Oftmals bleibt die mangelnde Qualität der Dolmetschung jedoch im Verborgenen, wie Pöchhacker (2000) in seiner Studie eindrucksvoll zeigt. Angehörige sind durch ihr Naheverhältnis, ihre emotionale Involvierung, die in manchen Kulturkreisen geforderte Ehrerbietung sowie ihre fehlende Dolmetschausbildung denkbar ungeeignete SprachmittlerInnen. Kinder sind ein heikler Sonderfall. Sie fühlen sich der ihnen zugeschriebenen Dolmetschrolle zwar verpflichtet, aber gleichzeitig unwohl, überfordert und psychisch belastet, denn ein

kompetente Ausübung der DolmetscherInnenrolle die Absolvierung spezifischer Weiterbildungsmaßnahmen. Bislang wurde in Wien nur ein einziger Pilotlehrgang für KrankenhausdolmetscherInnen durchgeführt (im Jahr 2001). Eine Wiederholung bzw. Fortführung scheiterte an der Finanzierung.

Fehlende oder inadäquate Dolmetschung und ihre Folgen

Die Liste der Folgen fehlender oder inadäquater Dolmetschung ist lang: Erschwerte Anamnese, Missverständnisse auf beiden Seiten, hohes Risiko von Fehldiagnosen und -behandlungen, falsche Einnahme der Medikation,

Simple Anamnesefragen werden falsch wiedergegeben, Inhalte verzerrt oder selektiv übersetzt und wichtige Ratschläge ausgelassen.

Arzt bzw. Ärztin-PatientInnen-Gespräch liegt meist außerhalb ihres eigenen Erfahrungs- und Ausdruckshorizonts. Dolmetschen ist kein „Kinderspiel“, sondern erfordert, abgesehen von der Sprachbeherrschung, eine Reihe zusätzlicher fachlicher Kompetenzen, die nur im Rahmen einer Ausbildung erworben werden können. Auch fremdsprachiges Krankenhauspersonal (ÄrztInnen, DGKP etc.) benötigt für eine

fehlender Vertrauens- und Beziehungsaufbau, mangelnde Compliance, Widerstand gegen Therapie und Behandlungskonzept, unnötig wiederholte teure apparatemedizinische Untersuchungen, usw.

Trotz der schwerwiegenden und kostspieligen Konsequenzen ist das Bewusstsein für die Problematik sowohl bei den im Gesundheitswesen Tätigen (Basis und Führungsebenen) als auch

¹ Teile dieses Beitrags habe ich meinem Artikel „Probleme im medizinischen Alltag im Umgang mit Migrantinnen und Migranten – Kommundolmetschen ein Lösungsansatz“, erschienen in den ÖGAM News 03/2008 entnommen.



bei den Verantwortlichen in der Politik relativ gering. Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung tun not. Erschwerend für ein Verständnis ist der weit verbreitete Fehlglaube, dass jeder Laie, ja bereits jedes Kind, welches zwei Sprachen „beherrscht“, Dolmetschkompetenz besäße. Immer wieder gibt es – beispielsweise in Spitälern – durchaus begrüßenswerte Einzelinitiativen und Projekte, die auf eine verbesserte Verständigung abzielen, von einer Bereitschaft, möglichst flächendeckend dauerhaft etablierte und finanzierte Maßnahmen zu setzen, sind wir jedoch noch meilenweit entfernt. Und dies ob-

lässt uns der Zynismus solcher Aussagen erschauern.

Ein Blick über den Tellerrand zeigt außerdem, dass andere Länder schon wesentlich bewusster mit der Situation umgehen. Die im vergangenen Jahr zum sechsten Mal stattfindende Konferenz „Critical Link International“ (<http://criticallink.org/>), eine aus einer kanadischen Organisation hervorgegangene internationale Plattform, welche sich mit Fragen der Forschung, Ausbildung und Praxis des *Community Interpreting* (Dolmetschen im Kommunal-, Sozial- und Gesundheitswesen) beschäftigt, gab ein eindrucksvolles

denke hier u.a. an folgende Schritte:

- ◆ Bewusstseinsbildung, damit an die Heranziehung eines professionellen Dolmetschs gedacht wird und die Klärung der Dolmetschfrage nicht wie bisher an die PatientInnen delegiert und als „Bringschuld“ gesehen wird.
- ◆ Maßnahmen zur Entwicklung der Bereitschaft, mit Menschen mit nicht-deutscher Muttersprache in Beziehung zu treten und sich auf sie einzulassen. Bisher fehlt es oft an einem entsprechenden Beziehungsangebot an MigrantInnen (Kronsteiner, 2003).

Erschwerend für ein Verständnis ist der weit verbreitete Fehlglaube, dass jeder Laie, ja bereits jedes Kind, welches zwei Sprachen „beherrscht“, Dolmetschkompetenz besäße.

wohl die Situation seit Jahren bekannt sowie durch Studien (auch des Bundesministeriums für Gesundheit) und (inter-)nationale wissenschaftliche Publikationen ausreichend dokumentiert und erforscht ist. Die Ergebnisse verschwinden in der Schublade, es mangelt am politischen Willen, Taten zu setzen.

In einem Klima der Fremdenfeindlichkeit und Ausgrenzung sowie einer hochemotionalen und wenig differenziert geführten Debatte rund um das Unwort „Integration“ stellt die Forderung nach DolmetscherInnen für MigrantInnen natürlich ein politisch „heißes Eisen“ dar und ist im Hinblick auf Stimmenfang in der WählerInnenschaft natürlich wenig populär. Da kommt es gelegener, mit dem Argument angeblich hoher Dolmetschkosten und einem simplen „Die sollen Deutsch lernen“ jegliche Auseinandersetzung mit dem Thema bereits im Keim zu ersticken. Wenn wir dabei beispielsweise an extrem traumatisierte Kriegs- und Folteropfer denken, wie sie u.a. vom Verein „Hemayat“ in Wien mit Dolmetscherunterstützung betreut werden (WLP News 1/2010),

Zeugnis davon (spezifische Ausbildungsgänge, geregelter Berufszugang in Form von Akkreditierung, Dolmetschpools etc.).

Community Interpreting

Eine Gesamtverbesserung der Situation können nur vielfältige und ineinander greifende Maßnahmen bringen. Eine davon bestünde in der Einrichtung und Finanzierung von zentralen Dolmetschpools, von welchen *Community Interpreters* (KommunaldolmetscherInnen) mit entsprechender nachweislicher Qualifizierung angefordert werden könnten. Es müsste auch eine angemessene Entlohnung von DolmetscherInnen sichergestellt werden. Bisher wird dieser Bereich großteils in die Ehrenamtlichkeit gedrängt bzw. massiv unterbezahlt. Und dies, obwohl die Anforderungen in diesem Beruf extrem hoch sind und auch Supervisionsangebote für die DolmetscherInnen sehr wichtig wären.

Mir scheint, dass der Boden für die Implementierung von Dolmetschpools erst aufbereitet werden muss. Ich

- ◆ Der Ausbau und die Finanzierung entsprechender *Community Interpreting*-Universitätslehrgänge zur Professionalisierung von LaiendolmetscherInnen oder Krankenhauspersonal sowie Weiterbildungsangebote für AbsolventInnen von Dolmetschinstituten und GerichtsdolmetscherInnen zur Spezialisierung auf in der bisherigen Ausbildung kaum oder gar nicht behandelte Aspekte und Settings (z.B. die Besonderheiten eines [psychiatrischen] Arzt-PatientInnen-Gesprächs, Dolmetschen in der Psychotherapie, Umgang mit eigenen Emotionen, Abgrenzung, Psychohygiene usw., Aspekte, die in den klassischen Curricula für Konferenz- und SimultandolmetscherInnen kaum thematisiert werden.)

- ◆ In die Curricula der verschiedenen Gesundheitsberufe sollte der Umgang mit dolmetschvermittelten Gesprächen Eingang finden (Pinzker, 2005). Es genügt nicht, DolmetscherInnen bei der Hand zu haben. Ich muss auch wissen, wie ich mit DolmetscherInnen professionell zusam-

Dolmetschverbände in Österreich

Professionelle DolmetscherInnen sind in Österreich je nach Tätigkeitsschwerpunkten in verschiedenen Verbänden organisiert. Eine Übersicht und Verlinkung zu den einzelnen Verbänden (mit Online-Suche nach DolmetscherInnen) finden Sie auf www.translationsplattform.at

Universitätslehrgang Kommundolmetschen

Das Institut für theoretische und angewandte Translationswissenschaft (ITAT) der Universität Graz bietet in Österreich die einzige spezifische Ausbildung auf dem Niveau eines Universitätslehrganges im Bereich Kommundolmetschen (Community Interpreting) an. Nähere Informationen zum Lehrgang finden Sie auf <http://www.uni-graz.at/itat/> (unter Das Institut --> Lehrgänge). Der nächste Lehrgang startet für die Sprachen Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Arabisch, Albanisch, Türkisch und Russisch am 14.11.2011 (Bewerbungsende: 28.10.2011).

Community Interpreting (CI) – Arbeitsgruppe

UNIVERSITAS Austria – Berufsverband für Dolmetschen und Übersetzen (www.universitas.org) – widmet sich seit einigen Jahren intensiv dem Thema Community Interpreting und hat im vergangenen Jahr eine CI-Arbeitsgruppe ins Leben gerufen. Ziel ist die Vernetzung sowie gemeinsame Aktivitäten aller im Bereich CI Tätigen, also der KommundolmetscherInnen selbst, als auch jener Berufsgruppen, die ihre Dienste in Anspruch nehmen.

Wenn Sie Fragen haben oder sich einbringen möchten wenden Sie sich an Mag.^a Julia Oslansky und Mag.^a Sevgi Uluköylü (E-Mail: info@universitas.org).

menarbeit (vom Dia-log zum Trialog). Derzeit sind die Vorstellungen vielfach von Mythen (z.B. von den „neutralen, unsichtbaren“ DolmetscherInnen), Zuschreibungen und unhinterfragten Erwartungen geprägt (Bahadir, 2007). Auch für die psychotherapeutischen Ausbildungsgänge sollte dolmetschvermittelte Psychotherapie zum Thema werden. Gerade in unserer Tätigkeit, in welcher die Beziehung zwischen PsychotherapeutIn und PatientIn zentral ist, bringt die Teilnahme einer dritten Person an der Interaktion große Veränderungen für das Set-

Eltern als auch VertreterInnen der Gesundheitsberufe) für die Problematik dieser „Kinderarbeit“ zu sensibilisieren und ein Verbot zu erwirken.

Es gibt also großen und vielfältigen Handlungsbedarf. Der Zugang von MigrantInnen zum Gesundheitswesen ist letztendlich eine Frage des politischen Willens und des gesellschaftlichen Klimas sowie der Bereitschaft, miteinander in Kontakt und Beziehung zu treten. Der langjährige Stillstand im Bereich CI lässt erkennen, dass diese Voraussetzungen bis heute fehlen. Wie können wir PsychotherapeutInnen dazu

Auch für die psychotherapeutischen Ausbildungsgänge sollte dolmetschvermittelte Psychotherapie zum Thema werden.

ting und die Dynamik mit sich. Hier ergeben sich viele Fragen für die Praxis, und es öffnet sich ein weites Feld für die Forschung.

Ebenso gilt es Initiativen und Maßnahmen intensiv zu verfolgen, die eine Erhöhung der fremdsprachigen VertreterInnen in Gesundheitsberufen fördern. Auch die psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen sind hier gefordert, Ideen zu entwickeln. Wie der jüngst aufgrund der steigenden Nachfrage nach fremdsprachigen PsychotherapeutInnen erfolgte Aufruf des WLP nach mehrsprachigen KollegInnen deutlich zeigt.

Abschließend ist es mir ein Anliegen, nochmals auf das Thema „Kinderdolmetschen“ hinzuweisen. Auch wenn es oft negiert wird, so kommen Kinder und Jugendliche nach wie vor häufig notgedrungen als „DolmetscherInnen“ zum Einsatz. Ich meine, dass gerade wir PsychotherapeutInnen und die Verbände hier gefordert sind, unser Fachwissen einzubringen und aktiv zu werden, um alle Beteiligten (sowohl die

beitragen, dass hier Prozesse angestoßen werden und etwas in Bewegung kommt? Wir alle sind gefordert, aktiv zu werden und uns einzubringen. Jede/r in ihrem/seinem Umfeld und Wirkungskreis. Hier und jetzt! ♦

Mag.^a phil. Inge Pinzker

Übersetzerin und Dolmetscherin für die russische Sprache, akademisch geprüfte Fachfrau für Dolmetschen im kommunalen, sozialen und medizinischen Bereich, 2007–2011 Vorstandsmitglied von UNIVERSITAS Austria – Berufsverband für Dolmetschen und Übersetzen, Klientenzentrierte Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision (ÖGWG in Kooperation mit der Donau Universität Krems).

Literatur:

- Bahadir, S. (2007). Verknüpfungen und Verschiebungen. Dolmetscherin, Dolmetschforscherin, Dolmetschausbilderin. Berlin: Frank & Timme.
- Kronsteiner, R. (2003). Kultur und Migration in der Psychotherapie. Ethnologische Aspekte psychoanalytischer und systemischer Therapie. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Pinzker, I. (2005). Erfolgreiche Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten im dolmetschvermittelten Arzt-Patienten-Gespräch – Konzept zu einem Fortbildungsseminar für Ärzte. Unveröffentlichte Abschlussarbeit des Universitätslehrganges Kommundolmetschen am ITAT Graz.
- Pöchhacker, F. (2000). Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen. Tübingen: Stauffenburg.



Psychotherapie mit Expats¹ – ein Projekt mit *Ärzte ohne Grenzen*

Bettina Reinisch

„Ich verstehe das nicht“, sagt Martin² im psychotherapeutischen Erstgespräch. „Ich verstehe gar nicht, was mit mir los ist. Ich war ja nicht zum ersten Mal im Einsatz. Und es hat mir auch diesmal Spaß gemacht, obwohl es hart war, wir hatten viel zu tun. Doch solange ich dort war, ging es mir bestens. Aber seit ich zurück bin, geh’ ich am Zahnfleisch.“ Die Symptome: Schlafstörungen, Alpträume, am Tag Ruhelosigkeit, ein Gefühl der Leere und Einsamkeit, ein unbestimmter Ärger, ein permanenter Spannungszustand. Martin war zwei Monate lang als Chirurg für *Ärzte ohne Grenzen* (MSF) in Gaza. Mit vielem hat er gerechnet – doch nicht damit, dass er jetzt, nach der Rückkehr in die Heimat, so durcheinander ist.

Martin ist einer von jenen Expats, die das Angebot einer Nachbetreuung nutzen. Das Angebot lautet: Wenn Du Dich während oder nach einem Einsatz im Ausland schlecht fühlst, wenn Du verwirrt oder überlastet bist oder mit irgendwelchen Erfahrungen nicht zurecht kommst und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen willst, finanziert MSF fünf Einheiten bei einer PsychotherapeutIn. Du kannst Dir den/ die PsychotherapeutIn selbst suchen, doch es gibt auch bei MSF eine Liste



© MSF-Valerie Babize

von TherapeutInnen, die wir Dir empfehlen können.

Martin konnte dieses Angebot gut für sich nutzen. Bereits nach drei psychotherapeutischen Sitzungen war ihm klar, weshalb er diesmal so heftig reagiert hatte. Alleine dieses Wissen entlastete ihn enorm und habe ihm, so sagt er im Abschlussgespräch, geholfen. Er sei wieder entspannter und könne neue Pläne machen. Ob er später einmal weitere Therapie in Anspruch nehmen, das weiß er jetzt noch nicht. Aber er hält es für möglich. „Auf alle Fälle würde ich es tun, sollte ich jemals wieder in so eine Krise geraten.“ sagt er zum Abschied.

PsychotherapeutInnen, die gerne mit Expats arbeiten wollen, sollten folgende Voraussetzungen mitbringen: Ein Basiswissen über Traumatisierung, die Auswirkung von Teamarbeit unter Extrembedingungen und über all die Probleme, die mit Entwurzelung und Ori-

entierungslosigkeit nach der Rückkehr zu tun haben. Und sie sollten sich mit den Zielen und Aufgaben von MSF Österreich auskennen bzw. beschäftigt haben und identifizieren.

Sollte all das auf Sie zutreffen, freue ich mich über Ihren Anruf oder Ihr Mail. **Informationsabend für interessierte KollegInnen am Mittwoch, 28. September 2011 von 19 bis 21 Uhr** (der Ort wird bei der Anmeldung bekanntgegeben). ◆

Bettina Reinisch

(als Koordinatorin für PsychotherapeutInnen von MSF Österreich)
reinisch@frauensache.at

NGO – Non Governmental Organization – Nicht-Regierungs-Organisationen, ist eine Bezeichnung für einen „zivilgesellschaftlich zustande gekommenen Interessensverband“ (<http://de.wikipedia.org>)

MSF – Médecins Sans Frontières – ist eine NGO und die weltweit größte private medizinische Hilfsorganisation. Gegründet im Jahr 1971 in Frankreich, leistet MSF medizinische Nothilfe in Ländern, in denen die Gesundheitsstrukturen zusammengebrochen sind oder Bevölkerungsgruppen unzureichend versorgt werden. Die österreichische Sektion existiert seit 1994 (alle Informationen siehe:

<http://www.aerzte-ohne-grenzen.at>)

¹ „Expat“ ist die Kurzform für „Expatriat“ – so werden in NGOs MitarbeiterInnen genannt, die auf Auslandseinsätze geschickt werden

² Die Person ist erfunden, die Essenz dieses Beispiels entspricht jedoch den Erfahrungen der Autorin mit Expats als KlientInnen.

Buchrezension

Rubina Möhring: **Die Asylfalle.** Wie Österreich mit seiner Flüchtlingspolitik scheitert.

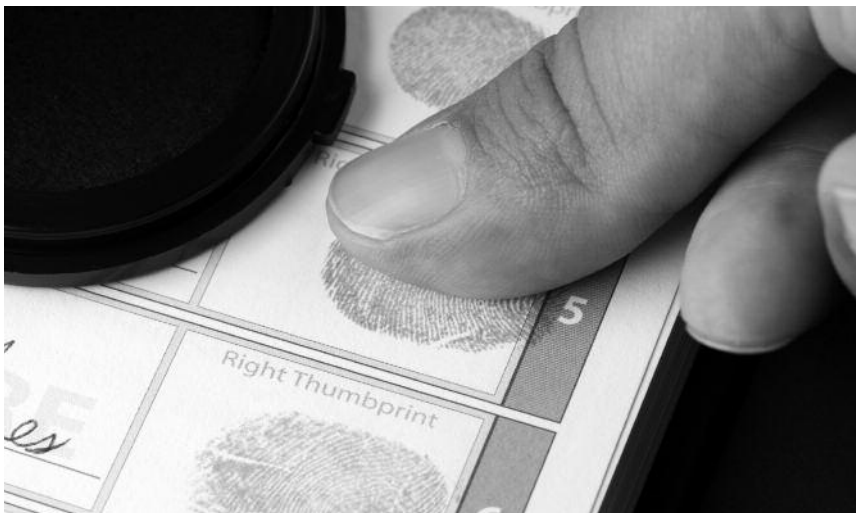


Die Autorin, Historikerin, Publizistin und Präsidentin der österreichischen Sektion von „Reporter ohne Grenzen“, beschreibt in diesem Buch sehr ausführlich und detailliert die Situation von Asylsuchenden in der EU und in Österreich. Laut Genfer Flüchtlingskonvention und EU Menschenrechtskonvention hat jeder Mensch Anspruch auf Schutz, der im Herkunftsland aufgrund der Ethnizität, Nationalität, Religion, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen politischer Meinung verfolgt wird. Bereits in den 90er Jahren, als es aufgrund der Balkankriege einen großen Andrang an

ministerin Maria Fekter, an vorderster Front gegen eine gemeinsame EU-Asylpolitik kämpfte. „Sie befand sich hierbei in der Gesellschaft der Amtskollegen von EU Mitgliedsstaaten wie Bulgarien, Polen, Rumänien, Slowenien, der Slowakei, Tschechien und Ungarn“, so die Autorin, „– allesamt noch nicht sehr lange in Sachen Humanität und Menschenrechte erprobte postsowjetische Staaten“. Tatsache ist, dass 19 der 27 EU Staaten, in ihrer nationalen Asylpolitik nicht den Standards internationaler Menschenrechte entsprechen. Als das Amt des Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen auf die

Einverständnis des Koalitionspartners SPÖ. Die Folgen dieser restriktiven Asylpolitik zeigen sich u.a. in der Abschiebung gut integrierter Familien, die dabei oft auseinander gerissen werden – vielfach gegen den Protest von Nachbarn, ArbeitskollegInnen oder MitschülerInnen – oder darin, dass traumatisierte Kriegsflüchtlinge in Schubhaft genommen und verhört werden und damit neuerlichen Traumatisierungen ausgesetzt sind.

Als Beispiel wird der Fall des Serben Jovan Mirilo angeführt, der dem Kriegsverbrechertribunal in Den Haag ein Video über das Massaker von Srebrenica übermittelt hat, das den Mord an bosnischen Männern und Jugendlichen durch die paramilitärische Einheit, „Skorpioni“ des serbischen Geheimdienstes dokumentiert. Außerdem hat er Menschenrechtsverletzungen an kroatischen MitbürgerInnen recherchiert und die Informationen an Menschenrechtsorganisationen und Medien weitergegeben. Er wurde von seinen Landsleuten daher als Verräter beschimpft und von Anhängern der „Skorpioni“ bedroht und ein Kopfgeld auf ihn ausgesetzt. Er flüchtet daraufhin mit seiner Familie nach Österreich, wo sie nach negativen Asylbescheiden (zuletzt im Jänner 2010) und mehreren Abschiebungsverfahren und Aufenthalt in Schubhaft nun in einer winzigen Wohnung ihr Leben fristen, auf der Basis der Grundversorgung, da Jovan Mirilo nach wie vor keine Arbeitserlaubnis bekommt, obwohl er im September 2007 im Wiener Rathaus in einer feierlichen Zere-



Flüchtlingen gab, beschloss die EU, eine gemeinsame Antwort auf diese Herausforderung zu entwickeln und dabei gleichzeitig Europas humanistische Tradition aufrechtzuerhalten. Dieses Vorhaben eines gemeinsamen Asylsystems mit einheitlichen Standards scheiterte immer wieder an den Einsprüchen der Mitgliedsstaaten, wobei Österreich, mit der damaligen Innen-

unhaltbare Situation der Flüchtlinge in Griechenland hingewiesen und empfohlen hat, keine AsylwerberInnen dahin zurückzuschicken, wurde von den meisten EU Staaten und vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte die Abschiebung von Flüchtlingen nach Griechenland gestoppt. Lediglich Österreich unter Maria Fekter weigerte sich, diesem Aufruf zu folgen – mit dem

monie für sein mutiges Verhalten mit dem Bruno-Kreisky-Preis für Menschenrechte ausgezeichnet worden ist. Wie wird mit AsylwerberInnen umgegangen, die nicht mit dem Bruno-Kreisky-Preis ausgezeichnet worden sind, fragt Josef Gepp im „Falter“.

Die Diskussion um Asyl und Migration wird in Österreich bestimmt durch das Thema Missbrauchs- und Kriminalitätsbekämpfung, wodurch der Anspruch auf Schutz vor Verfolgung und die Menschenrechte in den Hintergrund rücken. Bezeichnend dafür ist die Tatsache, dass die Integrationspolitik dem Innenministerium unterstellt ist, was zeigt, dass Migration vor allem als Sicherheitsproblem gesehen wird. In der letzten Novellierung des Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes vom Dezem-

ber 2010 wird auch klar die Intention formuliert, nämlich dass diesem Gesetz „eine ganz entscheidende Bedeutung für ein funktionierendes Gemeinwesen und die Aufrechterhaltung der Ordnung und Sicherheit zukommt“. Es werden in dem Buch eine Reihe von Beispielen für latente und offene Fremdenfeindlichkeit und Rassismus angeführt, sowohl von Seiten der Behörden, wie auch durch die Bevölkerung. Bekannt ist, dass österreichische BeamtInnen angehalten sind, die Quote positiver Asylentscheidungen niedrig zu halten: so wurden 2009 von 14.815 Verfahren nur 21,7 Prozent positiv entschieden, wobei Österreich in Bezug auf Anerkennung den 16. Rang unter den 27 Mitgliedsstaaten einnimmt. In Schweden, das mit 36.207 die weitaus meisten Asylanträge hatte, wurden 48



Prozent positiv entschieden.

„Verspielt ist damit endgültig Österreichs einstige Vorbildfunktion in Sachen Humanität und Weltoffenheit“, so die Autorin,

wie dies im Rahmen des Ungarnaufstandes 1956 oder der Niederschlagung des „Prager Frühlings“ 1968 und insbesondere in der Ära Kreisky noch der Fall war. ♦

Hermann Spielhofer

Rubina Möhring

Die Asylfalle.

Wie Österreich mit seiner Flüchtlingspolitik scheitert.

Czernin Verlag, 2011, Wien

ISBN: 978-3-7076-0353-8

184 Seiten

Euro 18,80

IMAGO Paartherapie

Weiterbildung mit Evelin & Klaus Brehm

Beginn September 2011

Basic Clinical Track für PsychotherapeutInnen



bezahlte Anzeige

Imago hat sich in den letzten 10 Jahren als Paartherapieform in Österreich etabliert. Die vom ÖBVP anerkannte Zusatzausbildung ermöglicht PsychotherapeutInnen, mit einer gut fundierten Theorie und einem klaren Methoden- und Interventionsset erfolgreich mit Paaren in der eigenen therapeutischen Praxis zu arbeiten. Viele Paare schätzen, wie schnell sich ihre Beziehung durch Imago positiv und anhaltend verändert.

Weitere Informationen unter www.brehmsimago.eu

brehms⁺ imago
paartherapie und mehr

Im Werd 6 1020 Wien Tel +43 (0)1/9426152 info@brehmsimago.eu



Psychosoziale Einrichtungen in Wien stellen sich vor

An dieser Stelle veröffentlichen wir Selbstdarstellungen von Einrichtungen im psychosozialen Feld, die unmittelbar oder mittelbar mit Psychotherapie oder psychotherapeutischer Beratung / Begleitung zu tun haben.

Verein „Peregrina“ Psychologische Beratung und Behandlung für Migrantinnen

Gegründet 1984 unter dem Namen „Verein solidarischer Frauen aus der Türkei und aus Österreich“ entwickelte sich der Verein Peregrina in den 27 Jahren seines Bestehens zu einem Bildungs-, Beratungs- und Therapiezentrum für Migrantinnen jeglicher Herkunft. Das Ziel des Vereins besteht darin, in erster Linie Migrantinnen, aber auch ihre Familien bei der Bewältigung ihrer rechtlichen, psychischen und sprachlichen Lebenssituation in Österreich zu begleiten und zu unterstützen.

Peregrina arbeitet mit Frauen aus über 70 Herkunftsländern mit unterschiedlichen gesellschaftlichen, sozialen und ökonomischen Ausgangssituationen und Biographien. Diese Frauen sind in Österreich mehrfach benachteiligt. Die Benachteiligungen aufgrund von Gender/Geschlecht, sozialer Herkunft, ethnischer Zugehörigkeit, aber auch rassistisch motivierte Ausgrenzungen und die gesetzlich normierte Schlechterstellung führen nicht nur für die Einzelnen zu oft existenziell bedrohlichen Situationen, sondern haben auch gesellschafts- und frauenpolitisch unerwünschte Auswirkungen.

Jährlich werden rund 2.800 Anfragen zu Rechts-, Sozial- und Bildungsberatung sowie psychologischer Beratung und Behandlung an Peregrina gerichtet. 180 Frauen besuchen pro Jahr die Deutschkurse von Peregrina.

Ein multiprofessionelles Team, bestehend aus drei Psychologinnen, einer Juristin, einer Ethnopsychologin, einer Pädagogin, einer Berufsorientierungspädagogin und einer Sozialarbeiterin, ist mit der psychologischen Beratung, der Rechts- und Sozialberatung sowie der Bildungsberatung betraut.

Einbeziehung von Migrations- und Rassismuserfahrungen

Seit 1993 bietet Peregrina kostenlose psychologische Beratung und Behandlung für Frauen und Mädchen ab 16 Jahren in bosnischer, deutscher, englischer, kroatischer und serbischer Sprache an.

Das Angebot umfasst Einzeltherapie, telefonische und persönliche Krisenintervention, Beratung von Familienangehörigen, gesundheitspsychologische Maßnahmen, Erstellung von psychologischen Befunden und Stellungnahmen. Öffentlichkeitsarbeit sowie Vortragsaktivitäten zum Thema Gesundheit und Migration sind ebenso Teil der Arbeit.

Die Frauen, die bei Peregrina psychologische Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen, bilden eine äußerst heterogene Gruppe. Um nur einige dieser Merkmale zu nennen: Das Alter der Klientinnen liegt zwischen 16 und 70 Jahren, die Aufenthaltsdauer in Österreich beträgt von einem Jahr bis zu fast 40 Jahren. Der Großteil der Klientin-

nen kommt aus den Nachfolgestaaten Ex-Jugoslawiens (ca. 80 Prozent). In den 17 Jahren des Angebots wurden Frauen aus über 40 Ländern von Peregrina psychologisch beraten. Beratung wird oft aufgrund migrationspezifischer Probleme gesucht, häufig sind diese allgemein menschlich und in vielen Fällen spezifisch weiblich.

Viele Migrantinnen sind Stressoren ausgesetzt, die das Auftreten von psychischen und/oder körperlichen Krank-



Mitarbeiterinnen von Peregrina

heiten und Störungen begünstigen oder provozieren, wobei die Art der Stressoren nicht unbedingt in direktem Zusammenhang mit der Migration stehen muss. Die Veränderungen, die mit Migration einhergehen bzw. die Belastungsfaktoren, die sich im Zuge der Migration kumulieren, können jedoch Krisen auslösen, die sich auf vielfältige Weise auf die Gesundheit auswirken. Auch können Gesundheitsbeeinträch-



tigungen durch nicht gelungene Integration auf körperlicher, psychischer und psychosomatischer Ebene zum Ausdruck kommen.

Der Zugang von Migrantinnen und Migranten zu den österreichischen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen ist im Vergleich zu jenem von hier Geborenen besonders schwierig. Schwer überwindbare Schwellen sind durch Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, Verlust des unterstützenden sozialen Umfeldes, unterschiedliche Gesundheitssysteme, Informationsmangel und Fremdenfeindlichkeit gegeben.

Das bestehende Angebot bei niedergelassenen ÄrztInnen und Psychothe-

übersetzt werden, stellt ein großes potenzielles Risiko für Fehldiagnosen, Komplikationen und eine übermäßige Behandlungsdauer dar. Ein verstärktes Angebot der kostenlosen, muttersprachlichen psychologischen Beratung und Behandlung ist daher für diese Zielgruppe von zentraler Bedeutung.

Allgemein menschlich und spezifisch weiblich

Bei Peregrina wird ein frauenspezifischer Behandlungsansatz verfolgt, wobei den Migrations-, Flucht- und Rassistuserfahrungen große Beachtung

wichtig, den gesellschaftlichen Bedingungskontext nicht außer Acht zu lassen, sondern ihn immer mitzudenken und zu benennen. Wir versuchen in der psychologischen Arbeit die Leiden der Klientinnen nicht ausschließlich als Ausdruck einer individuellen Psychopathologie zu betrachten, sondern in Verknüpfung mit der individuellen Migrations- und Lebensgeschichte, aber auch im gesellschaftlichen Kontext zu sehen. In der Beratung wird außerdem großer Wert darauf gelegt, Anerkennung und Respekt für die bisherigen Lösungsstrategien der Klientin zu zeigen und diese auch zu würdigen. Ziel der Beratung ist, die persönliche Autonomie sowie die inneren und äußeren Handlungsmöglichkeiten der Klientin zu stärken und zu erweitern.

Die Arbeit von Peregrina genießt in großen Teilen der Gesellschaft überhaupt keine Wertschätzung. Wir müssen unsere Arbeit gegenüber den Subventionsgebern Jahr für Jahr von neuem legitimieren. Unsere Zielgruppe steht heute mehr denn je im Mittelpunkt rassistischer Diskurse. Umso bedeutender war daher die Anerkennung, die Peregrina im Oktober 2010 in Form des Dr. Alexander-Friedmann-Preises bekommen hat: Ein Preis, der vom psychosozialen Zentrum ESRA an Personen, Projekte und Organisationen vergeben wird, die sich in besonderem Maße für traumatisierte Menschen engagieren, wie etwa für Verfolgte, Flüchtlinge, Angehörige von Minderheiten oder MigrantInnen. ♦



Team von Peregrina

rapeutInnen ist weitgehend unzureichend, da dieses meist kostenpflichtig, und somit für viele Migrantinnen, die der Gruppe der sogenannten *working poor* angehören, nicht leistbar und darüber hinaus nicht muttersprachlich und nicht migrationsspezifisch ist.

Bestätigt wird diese Beobachtung laufend bei unseren Versuchen, Klientinnen an andere Institutionen weiterzuleiten, was meistens aufgrund der muttersprachlichen Unterversorgung nicht möglich ist. Die Tatsache, dass in Spitälern oft komplizierte Sachverhalte von Familienangehörigen, Bekannten sowie von medizinisch oder therapeutisch nicht geschultem Hilfspersonal

geschenkt wird. Frauenspezifisch bedeutet ganzheitlich, parteiisch an der Seite der Frau und aus der Perspektive der Betroffenen mit der Klientin zu arbeiten. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist ein antihierarchisches Beziehungsmuster zwischen Beraterin und Klientin. Darüber hinaus bedeutet ein frauenspezifischer Ansatz, sich mit der Sichtweise der Klientin zu identifizieren, zu versuchen, ihre Lebenssituation mit ihren Augen zu sehen und aus dieser Perspektive die Klientin zu ermutigen, eigene und der Situation angemessene Entscheidungen zu treffen.

Auch wenn die individuellen Erfahrungen der Schwerpunkt des psychologischen Prozesses sind, ist es uns



Mag.ª Sanda Schmijell, Klinische und Gesundheitspsychologin, seit 1999 Mitarbeiterin von Peregrina.
www.peregrina.at



EMDR Institut Austria
Kooperationspartner des EMDR-Institutes Deutschland
Autorisierter Österreich-Partner des
EMDR-Institute von Francine Shapiro PhD, USA

z|a|p-wien
zentrum für angewandte psychotraumatologie

Seit einigen Jahren bieten das EMDR Institut Austria (www.emdr-institut.at) und das Zentrum für Angewandte Psychotraumatologie Wien (www.zap-wien.at), gegründet von Mag. Eva Münker-Kramer und Dr. Sylvia Wintersperger, schwerpunktmäßig Fortbildungen im Bereich von EMDR und spezifischer Traumabehandlung/Traumatherapie an. Untenstehend eine Auswahl aus unserem Programm:

EMDR-Seminare

EMDR Einführungsseminar inkl. Praxistag (Alternativtermine)

13. - 15.10.2011 (Praxistag 18.11.2011) in Wien

19. - 21.04.2012 (Praxistag 01.06.2012) in Wien

11. - 13.10.2012 (Praxistag 23.11.2012) in Wien

Mag. Eva Münker-Kramer

Dr. Christine Rost

Mag. Eva Münker-Kramer

EMDR Fortgeschrittenenseminar

29.09. - 01.10.2011 in Wien

27.09. - 29.09.2012 in Wien

Dr. Christine Rost

Dr. Franz Ebner

Traumasppezifische Fortbildungen von ZAP-Wien

Fortbildungsreihe mit Dipl.Psych. Michaela Huber:

Diagnostik und Therapie von posttraumatischen dissoziativen Störungen inklusive der dissoziativen Identitätsstörung:

Teil 1: Grundlagen

07./08.10.2011 oder 19./20.10.2012 in Wien

Teil 2: Stabilisierungsarbeit auf der inneren Bühne

02./03.12.2011 in Wien

Teil 3: Traumaprozessieren (-integrieren) auf der inneren Bühne

16./17.03.2012 in Wien

Teil 4: Arbeit mit Täterintprojekten

21./22.09.2012 in Wien

Grundlagen der Psychotraumatologie und Traumatherapie

21./22.10.2011, 11./12.05.2012 oder 14./15.09.2012 in Wien

Mag. Eva Münker-Kramer u. Dr. Sylvia Wintersperger

Stabilisierungstechniken und Ressourcenmobilisation in der Traumatherapie

25./26.11.2011 in Salzburg, 16./17.09.2011 o. 01./02.03.2012 in Wien

Dr. Sylvia Wintersperger

Traumatherapie mit Kindern: Fortbildung zur Strukturierten Trauma-Intervention (STI) und Traumabezogenen Spieltherapie

Teil 1: 04./05.11.2011, Teil 2: 25./26.02.2012 in Wien

Dipl.Psych. Dorothea Weinberg

Ego-State-Arbeit und Ego-State-Therapie

09./10.12.2011 in Wien

Lutz-Ulrich Besser

Traumafolgestörungen nach Akutereignissen, Erscheinungsbilder und Behandlungsansätze

17./18.02.2012 in Wien oder 16./17.11.2012 in Salzburg

Mag. Eva Münker-Kramer

Behandlung komplexer Traumafolgestörungen (DESNOS): Diagnostik, Therapie u. Behandlung Prof. Dr. Ulrich Sachsse

Teil 1: 09./10.03.2012 in Salzburg o. 15./16.06.2012 in Wien, Teil 2: 04./05.05.2012 in Salzburg o. 07./08.12.2012 in Wien

Der Täter in mir: Hypnosystemischer, system. und Ego-State-Zugang mit inneren Tätern u. Verfolgern Dr. Jochen Peichl

26. - 28.04.2012 in Wien

...und Supervisionen, Einzeltage, Fortbildungen im Bereich Beratung und Pädagogik

EMDR Institut Austria und Zentrum für Angewandte Psychotraumatologie Wien – ZAP-Wien
Penzinger Str. 52/7, 1140 Wien, Tel. 01/ 892 03 92 Fax DW 13, E-Mail: office@emdr-institut.at, office@zap-wien.at
Informationen: www.emdr-institut.at, www.zap-wien.at

Mag. Eva Münker-Kramer (Klinische Psychologin, Notfallpsychologin, Psychotherapeutin (VT, EMDR, Traumatherapie)
Dr. Sylvia Wintersperger (FA für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin (PA, EMDR, Traumatherapie))

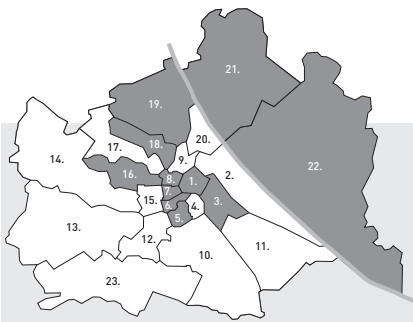


Aktuelles aus den Bezirken

Leonore Lerch

Einladung zur Mitarbeit in den Bezirken Wenn Sie an der Mitarbeit in Ihrem Bezirk interessiert sind oder als BezirkskoordinatorIn oder -stellvertreterIn kandidieren möchten, nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf unter **E: wlp.lerch@psychotherapie.at**.

Ich stehe Ihnen für weitere Informationen, Ihre Ideen, Anregungen und Fragen gerne zur Verfügung und unterstütze Sie beim Aufbau eines Bezirksteams oder der Organisation der BezirkskoordinatorInnen-Wahl in Ihrem Bezirk.



Die nächsten Termine der WLP-Bezirkstreffen

1. Bezirk

Neue Termine werden auf der Website des WLP unter <http://www.psychotherapie.at/wlp-bezirkskoordination-1010-wien> bekanntgegeben

Kontakt: Dr.ⁱⁿ Doris Fastenbauer
E: dorisfastenbauer@aol.com
T: 0664 / 513 32 26

3. Bezirk

13. 10. 2011, 19.00 Uhr,
Institut Frauensache, Obere Viadukt-
gasse 24/1, 1030 Wien,
Thema: Verschwiegenheitspflicht,
Anmeldung & Kontakt:
Bettina Reinisch, Ingrid Trabe
E: reinisch@frauensache.at
T: 01 / 895 84 40

5./6. Bezirk

13. 10. 2011, 19.30 Uhr,
Restaurant Sopra Tutto,
Mollardgasse 76, 1060 Wien,
Kontakt: Caroline Raich-Wimmer (BK)
E: caroline.raich-wimmer@utanet.at
T: 0699 / 1058 1270

7./8. Bezirk

22. 11. 2011, 19.30 Uhr,
LOKaL, Richtergasse 6, 1070 Wien
Kontakt: Mag.^a Birgit Volonte,
Mag.^a Agnes Salomon,
Mag.^a Gabriele Lang
E: birgit.volonte@freiraeume-
gestalten.at
T: 0699 / 2947 5279

16. Bezirk

5. 7. 2011, 20.00 Uhr,
Praxis Mag.^a Gertrud Baumgartner,
Enenkelstraße 32/15, 1160 Wien
Kontakt: Mag.^a Gertrud Baumgartner
(BK)
E: gertrud.baumgartner@inode.at
T: 01 / 494 36 76

18. Bezirk (BK-Wahl)

11. 10. 2011, 19.15 Uhr,
Restaurant Koinonia,
Klostergasse 37, 1180 Wien
Kontakt: Lisa Köhler-Reiter,
Friedegund Kumrow
E: lisa.koehler@aoon.at oder
office@friedegund-kumrow.at
T: 0664 / 220 27 98 oder
0664 / 545 34 83

19. Bezirk

**ÄrztInnen-PsychotherapeutInnen-
Treffen:** 7. 11. 2011, 19.45 Uhr,
Vortrag & Buffet, Referent:
Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek
„Arbeitssucht und Burn-Out“,
Praxis Dr. Herbert Bartosch,
Döblinger Hauptstraße 14/19,
1190 Wien
Kontakt: Ursula Kren-Kwauka (BK),
Mag.^a Helga Ranzinger (BK-Stv.)
E: kren.kwauka@gmail.com
T: 01 / 328 20 80

21. Bezirk

9. 9. 2011, 13.00 Uhr, Restaurant
Tartufo, Frömmelgasse 36, 1210 Wien
Kontakt: Dipl.Päd.ⁱⁿ Sonja Razenber-
ger (BK), DSPⁱⁿ Judith Rupp (BK-Stv.)
E: sonja.razenberger@aoon.at
T: 0664 / 486 94 80

22. Bezirk (BK-Wahl)

7. 7. 2011, 19.15 Uhr, Restaurant Stern-
berg, Industriestraße 65, 1220 Wien
21. 9. 2011, 19.15 Uhr, **BK-Wahl**,
Praxis 22, Wulzendorfstraße 30 B,
1220 Wien
Kontakt: Gabriele Hasler,
Dr.ⁱⁿ Karin Beringer
E: gabriele.hasler@aoon.at
T: 0664 / 867 07 03



VERANSTALTUNGSKALENDER



Kongress der Transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik **Integration, Identität, Gesundheit**

23. – 25. September 2011
Klagenfurt, Alpen-Adria-Universität

Kontakt: Frau Mag.^a Yasmin Haunold:
E: office@iec-management.at
T: 01/718 02 18
www.transkulturellepsychiatrie.de/Klagenfurt-2011/
dtppp.com



Tag der Seelischen Gesundheit

17. September 2011, 10–18:30 Uhr
Wiener Rathaus (Eingang Lichtenfelsgasse)

Kontakt:
www.wienkav.at/kav/tsg/ZeigeVeranst.asp?ID=17735

Liebe KollegInnen,

ich möchte Sie auf den 4. Kongress der Deutschen Gesellschaft der Körperpsychotherapie (DGK) aufmerksam machen. Er findet vom 22. – 25. September 2011 an der FU Berlin zum Thema:

Körper-Gruppe-Gesellschaft. Neue Entwicklungen in der Körperpsychotherapie statt.

Ankündigung des 4. Kongresses
der Deutschen Gesellschaft
für Körperpsychotherapie
und Call for papers

**Körper –
Gruppe –
Gesellschaft**

**Neue
Entwicklungen
in der
Körperpsychotherapie**

**22. – 25.09.2011
Freie Universität Berlin**

dgk

www.dgk-kongress2011.de
www.koerperpsychotherapie-dgk.de

Bekannte KörperpsychotherapeutInnen wie **David Boadella** (Begründer der Biosynthese), **David Bercei** (international tätiger bioenergetischer Traumatherapeut), **Hans-Joachim Maaz** (Analytischer Körperpsychotherapeut, der der Körperpsychotherapie in der eh. DDR den Weg gebahnt hatte), **Ebba und Mona-Lisa Boyesen** (Mitbegründerinnen der Biodynamischen Psychologie/Körperpsychotherapie) und viele andere, werden referieren. Als Gastreferenten dürfen wir den Gruppendynamiker und Gruppenanalytiker **Prof. Hayne** und **Prof. Revenstorf** (Hypnotherapie und Körperpsychotherapie) begrüßen.

Bis zum 15.5.11 können noch Abstracts für Workshops und Seminare bei der Kongressorganisation KelCon GmbH und bei mir eingereicht werden. Die Auswahl trifft dann das Kongresskomitee.

Bis zum 31.5.11 gilt ein Frühbucherrabatt, Mitglieder der DGK/EABP können den Kongress bis zu diesem Termin für 225 Euro und Nicht-Mitglieder für 265 Euro buchen.

Alle wichtigen Informationen finden Sie/findest Du auf:
www.dgk-kongress2011.de

Herzliche Grüße
Manfred Thielen, Vorsitzender der DGK
www.koerperpsychotherapie-dgk.de

Bei Fragen steht Ihnen gerne zur Verfügung: Jessica Mattner, KelCon GmbH
Liebigstraße 11, 63500 Seligenstadt, Deutschland
T: +49 (0) 6182 94 666 17, F: +49 (0) 6182 94 666 44
E: j.mattner@kelcon.de
www.kelcon.de



SEMINARE IM ENERGETISCHEN ANSATZ IN DER PSYCHOTHERAPIE: EDxTM nach Dr. Fred Gallo/USA

EDxTM Energy Diagnostic & Treatment Methods ist ein Ansatz zur Diagnose und Behandlung emotionaler Stresszustände wie Ängste, Phobien, Panikattacken, traumatische Erfahrungen, Depressionen, Essstörungen, Süchte, Selbstwertprobleme u.v.m.! Da Gefühle maßgeblich mit Körperwahrnehmungen in Verbindung stehen ist es wichtig, auch den Körper bei der Behandlung emotionaler Belastungen miteinzubeziehen. Mittels multipler neuronaler Stimulation in Form von Beklopfen von Akupunkturpunkten, Augenrollbewegungen, Aktivieren des rechten und linken Frontallappens zur Dekonditionierung „falsch“ gekoppelter Stressmuster im Gehirn sowie der Arbeit mit positiven Affirmationen werden dysfunktionale Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster in meist kurzer Zeit nachhaltig aufgelöst. Bei der Behandlung von Traumata und PTBS ist dies u.E. die am schnellsten wirksame und zugleich schonendste Technik überhaupt, ebenso ist sie als Schutz vor Burn-Out bzw. sekundärer Traumatisierungen von uns als BehandlerInnen geeignet.

Zielgruppe: PsychotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen, ÄrztInnen mit Psy3-Diplom

INTENSIVSEMINAR (Einführung, Level 1 und Level 2 kompakt):

Montag, 22.8.2011 bis Freitag, 26.8.2011 (Montag bis Donnerstag jeweils 9.00 bis 18.00 Uhr, Fr. 9.00 - 13.00 Uhr), Euro 830,-- + USt

LEVEL 3: Fr., 14.10.2011 (14-18.30) und Sa., 15.10.2011 (9-18), Euro 370,-- + USt

Verpflichtender Praxis- u. SV-Nachmittag: Fr., 4.11.2011 (14-19), Euro 100 + USt

LEVEL 4: Fr., 18.11.2011 (14-18.30) und Sa., 19.11.2011 (9-18), Euro 370 + USt (inkl. Prüfung).

Bei positiver Absolvierung erfolgt eine Eintragung auf Dr. Gallos Homepage)

Ermäßigter Preis bei Buchung aller 5 Seminare (exkl. Übungstage), Euro 1.500 + 20 % USt

Seminarleitungen: Dr. Karin Neumann, Dr. Astrid Zips (Psychotherapeutinnen)

SPEZIALSEMINARE 2011 (mit Dr. Zips und Dr. Neumann)

Rauchentwöhnung mit EDxTM + Hypnose, Sa., 17.9.11 (10-18), Euro 170,-- + USt

Abnehmen mit EDxTM + Hypnose, Sa., 26.11.2011 (10-18), Euro 170,-- + USt

SEMINARE MIT DR. FRED GALLO 2011 IN WIEN

LEVEL 5: ENERGY CONSCIOUSNESS THERAPY

Mo., 3.10.2011 (10-19 Uhr), Di., 4.10.2011 (9-16 Uhr), Euro 350 + USt

LEVEL 6a: RAPID RELIEF FROM TRAUMA (SCHNELLE TRAUMAENTLASTUNG)

Mi., 5.10.2011 (10-19.00) - Do., 6.10.2011 (9-16), Euro 350 + USt

LEVEL 6b: IM IDENTITY METHOD (IDENTITÄTSMETHODE):

Fr., 7.10.2011 (10-19.00), Sa., 8.10.2011 (9-18), So., 9.10.2011 (9-14), Euro 450 + USt

Bei allen drei Seminaren von Dr. Gallo ist kein Basiswissen nötig; deutsche Übersetzung!

Ermäßigter Preis bei Buchung aller drei Seminare von Dr. Gallo, Euro 1.080 + 20 % USt

Ort: Hotel Favorita, 1100 Wien, Laxenburgerstr. 8-10, Übernachtung im Hotel +43/1/60148721

Vortrag Dr. Gallo über die Behandlung von Stress und körperlichen Schmerzen an der SFU:

6.10.2011, Sigmund Freud Universität, 19.00 – 20.30 Uhr, 1030 Wien, Schnirchg. 9a, Festsaal (Englisch mit deutscher Übersetzung), Eintritt Euro 15,--.

Informationen und Auskünfte: Dr. Karin Neumann, neumann@e-psy.at, 0676-7613898

Schriftliche Anmeldung: Dr. Astrid Zips, zips@e-psy.at **Weitere Infos unter www.e-psy.at**

Dr. Karin Neumann
Psychotherapeutin, Supervisorin, Coach
Telefon: 0676-7613898
Mail: neumann@e-psy.at
Homepage: www.e-psy.at

Dr. Astrid Zips
Klin. Psychologin, Psychotherapeutin, Coach
Telefon: 0699-18049436
Mail: zips@e-psy.at
Homepage: www.e-psy.at



Das WLP-Team



Vorstand:

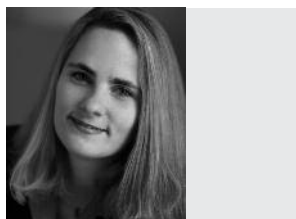


Leonore Lerch, Jg. 1963, Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie (ÖGWG) und Biodynamischer Psychotherapie (AIK, GBII), **Arbeitsschwerpunkte:** Psychiatrische Erkrankungen, Gender, Transgender, Transkulturalität, in freier Praxis seit 1997.

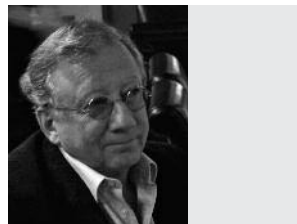
Mitarbeit beim Verein Windhorse – Ambulante Betreuung von Menschen in schweren psychischen Krisen (Psychosen), Publikationstätigkeit.

Berufspolitik: Vorsitzende des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie, Delegierte ins Länder- und Bundesforum. Kontakt Wiener Bezirkskoordination.

wlp.lerch@psychotherapie.at



Michaela Napier, Mag^a FH, 1974, Fachhochschule der



Gerhard Pawlowsky, Dr., Jg. 1943, klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychoanalytiker und personenzentrierter Psychotherapeut, beteiligt an der interimistischen Leitung des WLP April bis Juni 2008, Schriftführer des WLP, Delegierter ins Länderforum. Am Neuaufbau der Beschwerdestelle des WLP beteiligt sowie zuständig für Rechtsangelegenheiten.

gerhard.pawlowsky@utanet.at



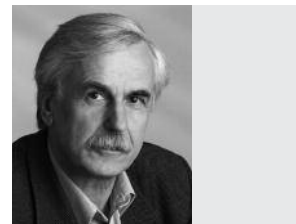
Johannes Gutmann, Mag.phil., BEd, Jg. 1981, abgeschlossenes Studium der Sonder- und Heilpädagogik, Psychotherapeut in Ausbildung: Fachspezifikum im ÖAS. Förderklassenlehrer im SPZ (Sozialpädagogisches Zentrum Hadersdorf).

Berufspolitik: Kassier im Wiener Landesverband für Psychotherapie, KandidatInnenvertreter im KFO.

johannesgutmann@gmx.at



Mitarbeit im Vorstand:



Hermann Spielhofer, Dr., Jg. 1946, Klinischer Psychologe und Klientenzentrierter Psychotherapeut. Studium der Psychologie, Philosophie und Pädagogik. Langjährige Tätigkeit in ambulanten psychiatrischen Einrichtungen und in eigener Praxis.

Vorstandstätigkeit in der ÖGWG und als Finanzreferent im Präsidium des ÖBVP. Derzeit Mitarbeit im Vorstandsteam des WLP und insbesondere mit der Redaktion der WLP-News betraut.

hermann.spielhofer@chello.at



Wirtschafts- u. Unternehmensführung; akademisch geprüfte Markt- und Meinungsforschung. Langjährige Tätigkeit im Bereich Konsumgüter in den Bereichen Marketing, Kommunikation und Werbung. Seit September 2008 als Assistentin des Vorstandes des WLP tätig.

Ich freue mich, das WLP Team bei seinen sehr zahlreichen und interessanten Projekten und Arbeiten unterstützen zu dürfen.

wlp.napier@psychotherapie.at

Öffnungszeiten des Büros

Montag, Donnerstag: 9–14 Uhr
 Dienstag: 12–16 Uhr
 Löwengasse 3/5/6
 1030 Wien
 T: 01 / 890 80 00-0
 F: 01 / 512 70 90-44
 E: wlp@psychotherapie.at
www.psychotherapie.at/wlp

**Delegierte in das Länderforum:**

Gerhard Delpin, MSc, Psychoanalyse und Selbstpsychologie, langjährige Erfahrung im stationären Bereich mit SuchtpatientInnen (Psychotherapie/ Erlebnistherapie), seit Mai 2007 als Kindertherapeut in der „Child Guidance Clinic“ angestellt, in freier Praxis tätig. gerhard.delpin@drei.at



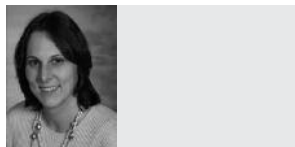
Stephanie Waldert, Jg. 1942, Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis (Klientenzentrierte Psychotherapie und Biodynamische Psychotherapie). Langjährige redaktionelle und gestalterische Arbeit im ORF-Hörfunk (Familie, Jugend und Gesellschaft) bis 2003. Am Aufbau des Beratungstelefon „Rat auf Draht“ beteiligt und zwei Jahre auch als Beraterin am Telefon aktiv. Mehrjährige Vorstandstätigkeit in der ÖGWG und stellvertretende Delegierte ins AMFO bis 2010. waldert@a1.net

Kommission „Psychotherapie in Institutionen“

Gerhard Delpin, MSc, für das Bundesland Wien

- Vertretung der Psychotherapie in Institutionen
- Vertretung der in Institutionen beschäftigten PsychotherapeutInnen und Psychotherapeutinnen i.A.

gerhard.delpin@drei.at



Irmgard Demiroglu, Mag.^a, Jg. 1963, Diplompädagogin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie) – traumazentrierte Therapie, Theaterpädagogin (Theater der Unterdrückten nach Augusto Boal). Als Psychotherapeutin tätig beim Verein HEMAYAT (Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende) sowie in freier Praxis seit 2006. Psychotherapie auch in türkischer, englischer und spanischer Sprache. Erfahrung und Freude an der Arbeit mit MigrantInnen sowie der Einbeziehung von Methoden aus verschiedenen Kulturen.



Gertrud Baumgartner, Mag.^a, Jg. 1956, langjährig Psychotherapeutin in freier Praxis (Integrative Gestalttherapie). Bezirkskordinatorin im 16. Bezirk seit ca. 10 Jahren.

Rechnungsprüferinnen:

Ursula Duval, Dr.ⁱⁿ, Hypnose-Psychotherapeutin, Traumatherapeutin, TrainerInnenausbildung, ÖBVP-Aktivistin der ersten Stunde
ursula.duval@chello.at

Informationsstelle:

Gertrud Baumgartner, Mag.^a, Mitarbeiterin der WLP-Informationsstelle seit Mitte der 90er Jahre, Leiterin seit Mai 2009.
gertrud.baumgartner@inode.at

Telefonische Beratung

unter T: 01/ 512 71 02
Montag, Donnerstag: 14–16 Uhr

Persönliche Beratung

(kostenlos und unverbindlich)
Es wird um Terminvereinbarung während der tel. Beratungszeiten ersucht.
Montag, Donnerstag: 16–17 Uhr
WLP-Büro, Löwengasse 3/5/6, 1030 Wien

Schriftliche Anfragen unter wlp.infostelle@psychotherapie.at

Beschwerdestelle:

Susanne Frei, Dr.ⁱⁿ, Jg. 1954, Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin für Katathym Imaginative Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogene Psychotherapie, Lehrtherapeutin, Klinische Psychologin mit Psychotherapieauftrag im SMZO-Donauspital – Psychosomatisch/Psychoonkologische Ambulanz, nebenbei in freier Praxis. Beteiligt an der interimistischen Leitung des WLP April bis Juni 2008, Mitarbeit beim Neuaufbau der Beschwerdestelle des WLP.

Es wird um Schriftliche

Anfragen ersucht unter wlp.beschwerden@psychotherapie.at

Projekte:

„**Mein Körper gehört mir**“ in Kooperation mit dem Österr. Zentrum für Kriminalprävention



Bettina Reinisch, Personenzentrierte Psychotherapeutin, geschäftsführende Gesellschafterin und Psychotherapeutin mit frauenspezifischem Ansatz im Institut Frauensache Seminar OG Wien
T: 01 / 895 84 40
reinisch@frauensache.at





Nächste **WLP NEWS**:

Redaktionsschluss: 19. August 2011

Erscheinungstermin: 30. September 2011

Erscheinungsweise 4 x jährlich



WLP news

2 | 2011

Zeitschrift des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie

Migration
– Integration
Differenz und
Dominanz

