



Hintergrundpapier zum Fachgespräch „Seelische Gesundheit von Familien mit Migrationshintergrund“ am 9. Februar 2011 in der Elternschule Horner Geest

**von Susanne Hüttenhain
im Auftrag des Bezirksamts Hamburg-Mitte**

Inhalt

- Vorbemerkungen
- Einleitung
- Migration macht nicht krank, aber ... Stressoren in der Migration
- Posttraumatische Störungen bei Flüchtlingen und ihren Kindern
- Psychotherapeutische und Psychiatrische Versorgung von MigrantInnen
- Sprache als zentraler Aspekt von Diagnose und Therapie
- Migrationsspezifische Familiendynamik: Ein Phasenmodell
- Kinder- und Jugendliche im Migrationsprozess
- Adoleszenz
- MigrantInnen verfügen über Ressourcen
- Merkmale einer transkulturellen Haltung in Psychiatrie, Therapie und Behandlung
- Literatur

Vorbemerkungen

Das Fachgespräch „Seelische Gesundheit von Familien mit Migrationshintergrund“ wird im Rahmen des Runden Tisches Kindergesundheit im Hamburger Osten veranstaltet. An diesem Runden Tisch vernetzen sich zahlreiche regionale Einrichtungen seit nunmehr sechs Jahren und behandeln aktuelle Themen rund um Gesundheit, Vorsorge/Prävention und Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen. Der interdisziplinäre Austausch sowie die enge Anbindung an das bezirkliche Fachamt Sozialraummanagement haben in der Vergangenheit dazu geführt, dass auch schwierige Themen wie Adipositas, ADS/ADHS, Absenz bei U-Untersuchungen und mangelnde medizinische Versorgung in der Region angepackt und (teilweise) positiv bewegt werden konnten.

Darüber hinaus ist es dem Billenetz in Zusammenarbeit mit vielen Partnern gelungen, mehrere Gesundheitsprojekte mit Good Practice Charakter in der Region umzusetzen, die niedrigschwellig angesetzt und u.a. mit Koch- und Bewegungsangeboten viele Kinder und Familien erreicht haben.

Bei all diesen Themen ist deutlich, dass Kindergesundheit nie singulär, sondern immer als Teil der familiären Situation zu betrachten ist. Dies gilt in noch stärkerem Maße beim Thema der seelischen Gesundheit.

Wie unzureichend die Versorgung insbesondere von Familien mit Migrationshintergrund im psychotherapeutischen und psychiatrischen Bereich ist, zeigt sich in vielen Einrichtungen vor Ort. Einerseits fehlen spezifische Angebote, andererseits erreichen vorhandene Angebote die Zielgruppe nicht oder nur in unzureichendem Maße. In der täglichen Arbeit gibt es daher immer wieder Situationen, in denen KursleiterInnen, ErzieherInnen und Lehrkräfte unerwartet mit dieser Problematik konfrontiert werden.

Häufig fehlen Basisinformationen, weiterführende Empfehlungen, Adressen von Beratungs- und Therapieangeboten oder Fachärzten evtl. sogar mit Fremdsprachenkenntnissen in der Region.

Diese Thematik haben wir aufgegriffen und ein Fachgespräch für MultiplikatorInnen der Region Billstedt-Horn vorbereitet.

Das vorliegende Hintergrundpapier orientiert sich an der aktuellen Fachliteratur und führt in die Thematik ein; es möchte einen gemeinsamen Wissensstand für alle TeilnehmerInnen aus unterschiedlichen Fachrichtungen und Arbeitsbereichen schaffen. Zudem ist es uns wichtig, nicht nur Risiken und Lücken, sondern auch Potentiale aufzuzeigen und gute Ansätze vorzustellen. Es liefert einen differenzierten Überblick über die Aspekte seelischer Gesundheit und Krankheit bei Familien mit Migrationshintergrund. Darüber hinaus will es zum Vertiefen der Thematik sowie zum Entwickeln von (weiterführenden) Handlungsempfehlungen und deren Umsetzungsstrategien im Hamburger Osten anregen.

Das Hintergrundpapier kann jedoch nicht alle Aspekte des komplexen Themas aufgreifen und nur punktuell in die Tiefe gehen. Themen wie „Sucht und Migration“ oder „Jugenddelinquenz“ hätten leider den Rahmen des vorliegenden Papiers gesprengt. Auch eine Geschlechterdifferenzierung ist nur punktuell möglich. Zudem bietet es keine Sammlung von Anlauf- und Beratungsstellen in der Region – diese wollen wir jedoch im Anschluss an das Fachgespräch zusammenstellen und freuen uns über Ihren Beitrag.

Einleitung

Seit Beginn der Arbeitsmigration in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts ist Deutschland faktisch ein Einwanderungsland. Es hat jedoch mehrere Jahrzehnte gedauert, bis diese Entwicklung Eingang ins politische und soziale Denken gefunden hat und gesellschaftlich weithin akzeptiert wird.

Heute leben knapp sieben Millionen Menschen mit ausländischem Pass in Deutschland; über 15 Millionen Menschen haben mindestens ein Elternteil, das eingewandert ist. Das entspricht etwa 19 Prozent der Gesamtbevölkerung. Wobei in einigen Großstädten wie Hamburg und Berlin sowie in (westdeutschen) Metropolregionen mehr als fünfzig Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund haben.

Im Bezirk Hamburg-Mitte lebten Ende 2009 etwa 72.500 Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit¹, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 25,9 Prozent (Hamburg gesamt 14 Prozent)². Die mit Abstand größte Gruppe wird gebildet von türkischen Staatsangehörigen, gefolgt von MigrantInnen aus Polen, dem ehemaligen Serbien und Montenegro, den Philippinen, Afghanistan, Portugal, Mazedonien, Ghana usw.

Die Statistik berücksichtigt jedoch ausschließlich Personen ohne deutschen Pass und liefert daher keine fundierten Aussagen über die tatsächliche Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund. Gänzlich unberücksichtigt bleiben die Aussiedler als größte Zuwanderergruppe, da sie als Angehörige deutschstämmiger Minderheiten in Osteuropa, einen Rechtsanspruch auf Einbürgerung in Deutschland haben.

Die neu eingewanderten Menschen sind ebenso wie die MigrantInnen der zweiten oder dritten Generation mit ihren vielfältigen kulturellen, persönlichen und beruflichen Hintergründen und Fähigkeiten zu einem wichtigen Teil der städtischen Bevölkerung geworden.

Allerdings verfügen sie je nach Herkunft, Bildungsstand und Aufenthaltsstatus über sehr unterschiedliche Perspektiven für den Aufbau ihres Lebens in Deutschland. Während Aussiedler die deutsche Staatsbürgerschaft erhalten und EU-Bürger die Freizügigkeit innerhalb der Union genießen, verfügen die ArbeitsmigrantInnen und ihre Familien oft über langfristige Aufenthaltstitel. Auch HeiratsmigrantInnen, ausländische Studierende und Pendler gehören zu dieser Gruppe der „legalen“ MigrantInnen. Sofern sie gesetzlich krankenversichert sind

¹ Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Ausländische Bevölkerung in Hamburg in 2009. Stichtag: 31.12.2009.

² Der Ausländeranteil an der Hamburger Gesamtbevölkerung betrug Ende 2009 rund 14 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr sind dies 9 606 Personen oder vier Prozent weniger. In Hamburg sind insgesamt 179 verschiedene Staatsangehörigkeiten vertreten. (Vgl. Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Ausländische Bevölkerung in Hamburg in 2009. Stichtag: 31.12.2009.)

oder Sozialhilfe beziehen, haben sie den gleichen, vollumfänglichen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung wie Einheimische. Allerdings sind AusländerInnen und ihre Familienangehörigen in vielen Fällen von vornherein von diesen Leistungen ausgenommen: Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sich ihr Aufenthaltsrecht allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt oder sie eingereist sind, um die Behandlung einer akuten Krankheit durchführen zu lassen.

AsylbewerberInnen und Flüchtlinge sind demgegenüber oft nur „geduldet“. Sie haben keine längerfristige Aufenthaltsperspektive – wissen nicht, ob und wie lange sie in Deutschland bleiben können und ob ihnen eine Abschiebung droht. Zudem sind ihnen zumeist Ausbildung- und Arbeitserlaubnis sowie in den ersten vier Jahren in Deutschland vollumfängliche Krankenversicherung verwehrt. Im Rahmen der medizinischen Versorgung, die das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG §§ 4 und 6) vorsieht, sind nur Behandlungen akuter Erkrankungen vorgesehen. Eine Psychotherapie wird bspw. in aller Regel nicht gewährt.

Besonders prekär sind die Lebensumstände von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere³, so genannte „papierlose“ oder „illegale“ MigrantInnen, sie wohnen und arbeiten meist unter sehr schwierigen Verhältnissen, haben keine Krankenversicherung und sehr eingeschränkten Zugang zu Bildungseinrichtungen. Sie sind in der Regel darauf angewiesen, dass Ärzte bereit sind auf ihre Honorare zu verzichten und sie unentgeltlich zu behandeln. Dies stößt allerdings bei langfristigen, komplizierten oder besonders teuren Behandlungen an seine Grenzen, wie sie in der Psychiatrie und Psychotherapie vorherrschen.⁴ Zudem bewegen sich Ärzte und Krankenhäuser in einer rechtlichen Grauzone.

Asylbewerber und Flüchtlinge erhalten vollumfängliche Gesundheitsversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere können die Gesundheitsversorgung nutzen und eine Krankenversicherung abschließen, ohne eine Weiterleitung ihrer Daten an Ausländerbehörden fürchten zu müssen.

Migration macht nicht krank, aber Stressoren in der Migration

„Wie gut die Migration auch geplant wird, der soziokulturelle Übergang ist mit somatischen und psychosozialen Stressfaktoren verbunden ... Migration als solche macht aber nicht krank. Sie bietet die Möglichkeit zur Neuorientierung und zur Nutzung anderer ökonomischer und sozialer Ressourcen. Da dies jedoch oft nicht gelingt, wird die Migrationserfahrung in erster Linie als belastend und verunsichernd erlebt.“⁵

Die psychosoziale Forschung stützt sich auf eine Reihe unterschiedlicher Erklärungsansätze und Modelle zur Ursache gesundheitlicher Störungen bei MigrantInnen: Die Kulturschock-Theorie, das Stress-Modell und das mit ihm verwandte Vulnerabilitäts-Konzept (Vulnerabilität = Verwundbarkeit, Verletzlichkeit). Seit den 1980er Jahren sind vor allem die letztgenannten wissenschaftlich akzeptiert.⁶

MigrantInnen sind häufig sowohl vor der Migration, während des Migrationsprozesses selber als auch in der Phase nach der eigentlichen Zuwanderung sehr belastenden, teilweise trau-

³ Schätzungen zufolge leben in Deutschland zwischen 500000 und 1 Million Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere. Sie leben primär in Großstädten, zumeist dort wo bereits MigrantInnengruppen gleicher Herkunft mit Aufenthaltsstatus wohnen.

⁴ In verschiedenen deutschen Städten bestehen Anlaufstellen, die anonym und kostenlos medizinische Versorgung an Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere vermitteln:

Medibüro Hamburg, WIR Internationales Zentrum / Verikom
Norderreihe 61, 22767 Hamburg, 040-350177222

info@medibuero-hamburg.org

www.medibuero-hamburg.org

⁵ Regula Weiß (2003): Macht Migration krank?

⁶ vgl. T. Borde, M. David (2007), S. 9

matischen Lebensbedingungen ausgesetzt, die ihre Lebensqualität mindern und sie anfällig für gesundheitliche Störungen und ernsthafte Erkrankungen machen können.

Zu den psychischen Störungen, die häufig in Verbindung mit Migration auftreten, zählen Depression, psychosomatische Beschwerden, Somatisierungen und Posttraumatische Belastungsstörungen.

J. Spallek und H. Zeeb benennen im *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* folgende Gründe für ein solches Auftreten von Erkrankungen⁷:

- Migration als kritisches Lebensereignis, das die bis dahin erworbenen Anpassungsfähigkeiten, Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien überlasten kann;
- Ein multiples Stress-Syndrom durch risikoreiche Reise, das sich u.a. in Angstzuständen, in depressiven oder in dissoziativen Symptomen äußern kann;
- Soziale Entwurzelung, die Trennung von der Familie und von traditionellen Werten; innere Bezogenheit auf die Heimat
- Stress durch den Akkulturationsprozess (Unsicherheit hinsichtlich der Lebensbedingungen, Wohnverhältnisse, Stigmatisierung etc.)
- Wirtschaftliche und berufliche Belastung: wenn sich die Hoffnung auf verbesserte Lebensqualität nicht erfüllt (kein wirtschaftlicher bzw. finanzieller) Erfolg;
- Bei neu ankommenden die soziale Isolation (Familien und Freundesnetzwerke stellen eine wichtige Ressource zur Bewältigung des Stresses dar, wobei Netzwerke auch Druckfaktor sein können)
- Der mögliche Mangel an Unterstützung durch im Herkunftsland gebliebene Partner;
- Anspannungen im Verhältnis von Eltern und Kindern, wenn die Aufrechterhaltung kultureller Traditionen „erzungen“ wird (Stressfaktor des generationsübergreifenden Anpassungsprozesses)
- „Rollentausch“ für die Nachfahrgeneration, wenn die Eltern nicht hinreichend deutsch sprechen
- Familien- und Partnerschaftsprobleme durch Statusverluste von Familienmitgliedern

Bei den genannten Faktoren gilt es zu unterscheiden zwischen migrationsspezifischen Stressfaktoren und solchen, die eher kultureller Natur sind. Zu letzteren zählen u.a. Konflikte zwischen den Generationen über Erziehungs- und Wertvorstellungen, die ebenfalls bei der einheimischen Bevölkerung auftreten können.

Darüber hinaus existiert eine Reihe von sozialen und ökonomischen Stressfaktoren, die zwar nicht migrationsspezifisch sind, von denen MigrantInnen jedoch überdurchschnittlich oft betroffen sind: Sie gehören häufig zu unteren sozialen Schichten mit geringem Einkommen, schlechten Arbeitsbedingungen, niedrigem Bildungsstand, beengten Wohnverhältnissen und damit einhergehenden, geringen Chancen zu sozialem Aufstieg.

Viele Autoren warnen daher explizit davor, diese Faktoren im Sinne einer „Ethnisierung des Sozialen“ mit ethnischen, kulturellen oder Migrationseinflüssen zu verwechseln. Vielmehr wirken sich diese sozialen Benachteiligungen unabhängig von kulturellen Faktoren negativ auf die körperliche und seelische Gesundheit aus. Auch Menschen ohne Migrationshintergrund sind also in gleichem Maße körperlich und psychisch von Armutsfolgen betroffen.

Auch für Kinder und Jugendliche, die mit ihren Familien einwandern, stellt Migration zumeist ein einschneidendes Entwurzelungserlebnis dar. Sind die Eltern zudem seelisch belastet, können sie ihren Kindern oft nicht mehr die notwendige Zuwendung, Sicherheit und Unterstützung geben. Kinder und Jugendliche sind dann in besonderem Maße die Leidtragenden – auch in der zweiten oder dritten Generation.

⁷ Vgl. J. Spallek/H. Zeeb, In: *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (2010), S. 62, ergänzt durch BPTK-Standpunkt 14.06.2010, S. 7f

Besonders zu berücksichtigen ist, dass eine beträchtliche Anzahl von AsylbewerberInnen und Flüchtlingen sowohl in ihrem Herkunftsland als auch auf der Flucht körperlichen und seelischen Extremsituationen ausgesetzt waren. Sie sind durch Verfolgung, Folter, Flucht oder erzwungene Migration teilweise stark traumatisiert. Besonderen Belastungen sind auch hier die Kinder und Jugendlichen ausgesetzt, insbesondere, wenn sie unbegleitet ohne Eltern und Familie migrieren.

Auch die Lebensumstände im Aufnahmeland, die oft gekennzeichnet sind durch die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus, Residenzpflicht, Trennung von der Familie durch Zuweisung des Wohnortes, Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften und Lagern, eingeschränkte medizinische Versorgung, Sachleistungsversorgung statt Geld (kein Geld für Mobilität und Kommunikation), Arbeits- und Ausbildungsverbote etc. tragen zu einer Verschlechterung oder sogar einer Retraumatisierung von Flüchtlingen bei.

Posttraumatische Störungen bei Flüchtlingen und ihren Kindern

„Ein psychisches Trauma ist ein extrem tragisches, schmerzhaftes, angsteinjagendes und erschütterndes Ereignis, das jeder normal empfindende Mensch als unerträglich und anormal empfinden würde.“⁸

Ob und wann ein Mensch in Folge eines erlittenen Traumas an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erkrankt hängt von verschiedenen individuellen und sozialen Faktoren ab. Auch die Lebenssituation im Aufnahmeland ist von großer Bedeutung.

Die häufigste Ursache für posttraumatische Störungen bei Flüchtlingen und MigrantInnen in Westeuropa sind Erfahrungen organisierter Gewalt. Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind alle Formen von zielbewusst eingesetzter physischer und psychischer Gewalt gegen Menschen durch Staaten, Organisationen und Gruppierungen als organisierte Gewalt zu begreifen.

Die psychischen Folgen traumatischer Ereignisse durch Folter, Kriegserfahrung oder Vergewaltigung sind in der Regel ungleich schwerer als nach Unglücksfällen oder Naturkatastrophen, da sie das Urvertrauen in die Menschen zerstören.

Sicherlich sind alle Menschen, die Opfer politischer Gewalt wurden, für den Rest ihres Lebens durch diese Erfahrung gezeichnet. Untersuchungen zeigen, dass bis zu 30 Prozent der Flüchtlinge aufgrund von Traumatisierungen durch organisierte Gewalt unter psychischen Beschwerden und Krankheiten leiden.⁹

Dabei können sich die posttraumatischen Störungen auf viele Arten zeigen. Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)¹⁰ sind es vor allem affektive Störungen, Somatisierungsstörungen, Suchtverhalten und dissoziative Störungen, die sich im Laufe des Lebens bemerkbar machen. 95 Prozent der Menschen, denen PTBS diagnostiziert wurde, erkranken im Laufe ihres Lebens an Depression. Zudem führt die „Selbstmedikation“ mit Alkohol und anderen Drogen zu einer hohen Komorbidität von Suchtproblemen.

Kinder sind in besonderem Maße von Krieg, Verfolgung und Flucht betroffen, da sich diese Ereignisse auf ihre Entwicklungs- und Reifungsprozesse auswirken und die familiären Beziehungen nachhaltig stören können. Sie erleben sich als ohnmächtig der Welt gegenüber.¹¹

Neben dem indirekten Erleben von Gewalt (Beobachten von Verletzungen, Tötung oder Folter nahe stehender Personen) werden Kinder immer häufiger auch selbst Opfer von direkter körperlicher Gewalt oder sexuellem Missbrauch oder sie werden z.B. als Kindersoldaten gezwungen sich an Gewalttaten zu beteiligen.

⁸ M. Brune, In: Haasen/Yagdiran (2000), S. 110

⁹ vgl. M. Brune, In: Haasen/Yagdiran (2000), S. 113

¹⁰ Eine Posttraumatische Belastungsstörung muss durch ein oder mehrere traumatische Ereignisse ausgelöst worden sein und folgende Symptome zeigen: erstens das ständige Wiedererleben des Traumas, zweitens das ständige Ausweichen von bestimmten Situationen, die mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden und drittens Zeichen der Übererregbarkeit.

¹¹ Vgl. Möller et al. In: psychosozial Nr. 102, 2005, Heft IV, S. 19ff

Kinder sind bemüht die traumatischen Ereignisse irgendwie zu verarbeiten und psychisch zu überleben. Nicht alle Kinder bilden nach potentiell traumatischen Ereignissen ein Störungsbild aus. Die Resilienzforschung konnte in den letzten Jahren Faktoren benennen, die eine psychische Schutzfunktion haben: Problemlösefähigkeit, höheres Intelligenzniveau, Humor, Eigeninitiative und gutes Selbstwertgefühl. Darüber hinaus sind frühe und stabile Bindung sowie Empathie entscheidend für die Traumaverarbeitung bei Kindern.

Insgesamt sind bei Kindern jedoch ähnliche psychische Reaktionen auf traumatische Erlebnisse zu beobachten wie bei Erwachsenen: Es kann neben Posttraumatischen Belastungsstörungen zu emotionaler Betäubung, Depersonalisierung, Dissoziation oder Depression sowie Wut und Aggression kommen, die sich häufig gegen die eigene Person richten (Selbstverletzung, Suizidalität). Ängste, Sprachstörungen (Mutismus oder Stottern) und regressives Verhalten sind oft zu beobachten. Zudem wird das Erlebte in repetitivem Spiel wiederholt.

Auch starke Traumatisierungen der Eltern wirken sich sehr negativ auf die Entwicklung eines Kindes aus. Sind die Eltern aufgrund ihrer Erlebnisse nicht mehr in der Lage, stabile affektive Beziehungen aufzubauen und dem Kind Sicherheit und Orientierung zu geben, ist die kindliche Entwicklung u.U. stark beeinträchtigt.

In Therapien mit Kindern und Enkeln von Holocaustüberlebenden hat sich zudem regelmäßig gezeigt, dass Traumata transgenerational an die nächste oder übernächste Generation weitergegeben werden können. Das unausgesprochene, unaussprechliche „Geheimnis“ in der Familie führt auch in nachfolgenden Generationen zu psychischen Störungen und Erkrankungen, deren Ursache für die Betroffenen dann zu Beginn der Therapie oft im Dunkeln liegt.

Gute Beispiele in Hamburg

Am Hamburger Universitätsklinikum (UKE) bestehen seit vielen Jahren im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Forschungsschwerpunkt sowie eine Spezialsprechstunde für Flüchtlingskinder und ihre Familien sowie für Kinder und Jugendliche mit akuten seelischen Traumatisierungen. Die Versorgungslage ist daher in Hamburg wesentlich besser als in anderen deutschen Städten; es fehlen jedoch dringend niedrigschwellige Anlauf- und Beratungsstellen in den Stadtteilen. Zudem wäre eine enge Zusammenarbeit mit Schulen sowie der Kinder- und Jugendhilfe empfehlenswert. Durch entsprechende Weiterbildungen müssten LehrerInnen und ErzieherInnen in die Lage versetzt werden, frühzeitig Anzeichen psychischer Belastungen als solche zu erkennen und entsprechend darauf reagieren zu können.

Einführung verbindlicher Qualitätsstandards bei der psychologischen Begutachtung von Flüchtlingen im Asylverfahren sowie eine bessere Berücksichtigung von Traumatisierungsfolgen (Unvermögen über Erlittenes zu sprechen, Misstrauen gegenüber staatlichen Institutionen oder Ärzten etc.).

Nutzung von Handlungsspielräumen der Ausländerbehörden um psychisch Erkrankten eine Wohnungsunterbringung mit Selbstversorgung zu ermöglichen oder eine Arbeitserlaubnis erteilen.

Abschaffung potentiell krank machender gesetzlicher Restriktionen wie Arbeits- und Ausbildungsverbote und Residenzpflicht.

Mindestens traumatisierte Flüchtlinge sollten die Möglichkeit haben, ihren Wohnort zu Verwandten und Freunden oder in die Nähe von geeigneten Therapieeinrichtungen zu verlegen.

Psychotherapeutische und Psychiatrische Versorgung von MigrantInnen

In den letzten zehn Jahren hat es zahlreiche Tagungen zum Themenkomplex „Migration und seelische Gesundheit“ bzw. „Transkulturelle Psychiatrie“ gegeben, die die dringend erforderliche transkulturelle Öffnung von Psychiatrie und Therapie erörtert und begründet haben. Darüber hinaus bestehen in einigen Städten wie Hamburg (UKE) und Hannover (Ethnomedizinisches Zentrum e.V.) eigene Forschungsbereiche, die sich der speziellen Situation seelischer Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zugewandt haben und es haben sich Projekte wie MiMi (Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland) etabliert, die interkulturell und niedrigschwellig arbeiten.

Es fehlen jedoch weiterhin gesicherte empirische Erkenntnisse über psychische Erkrankungen im Kontext von Migration, über die therapeutische Versorgungslage von MigrantInnen sowie über die speziellen Anforderungen an eine transkulturelle Psychiatrie. Vorhandene Studien kommen zu unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Ergebnissen, sind allerdings ob geringer Fallzahlen und unterschiedlicher Fragestellungen nur bedingt aussagekräftig und selten vergleichbar (z.B. Untersuchung einer speziellen Migrantengruppe in einer deutschen Stadt).

Darüber hinaus gestaltet sich die Umsetzung der erarbeiteten Leitlinien in der Praxis als langwieriger und schwieriger Prozess. Viel von den fachlich geforderten Standards sowie den erprobten Good-Practice-Ansätzen, ist noch weit von einer flächendeckenden Umsetzung in Deutschland entfernt.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat im Rahmen eines Symposiums zu diesem Thema im Oktober 2010 kritisiert, dass die psychotherapeutische Versorgung für Migranten mangelhaft sei: „Migranten erkranken in Deutschland z.B. um fast 60 Prozent häufiger an Depression als Einheimische. Bei ihnen finden sich außerdem doppelt so viele somatoforme Erkrankungen d.h. körperliche Beschwerden, für die sich keine organischen Befunde feststellen lassen.“ Darüber hinaus treten psychosomatische Beschwerden und Posttraumatische Belastungsstörungen besonders häufig in Verbindung mit Migration auf. Es fehle an spezifischen Informationen, interkultureller Kompetenz beim Fachpersonal und Psychotherapie in der Muttersprache.

Scharf kritisierte der Kammerpräsident zudem eine „besonders krasse Unterversorgung“ bei der Behandlung von Flüchtlingen. Kriegsflüchtlinge und Folteropfer hätten bislang nur eingeschränkte Ansprüche auf eine psychotherapeutische Behandlung ihrer oft schweren Traumata.

Dabei erschwere eine psychische Erkrankung die Integration deutlich oder mache sie sogar unmöglich. Bisher gehen MigrantInnen jedoch erheblich seltener zum Psychotherapeuten als Einheimische. Eine Studie der Universität Hamburg ergab, dass dort MigrantInnen zwar 25 Prozent der Bevölkerung, aber nur 14 Prozent der Patienten in der ambulanten Psychotherapie ausmachen. Eine Untersuchung der Berliner Charité kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in (stationären) Abteilungen für Psychotherapie und Psychosomatik deutlich verringert ist.

Demgegenüber sind einzelne MigrantInnengruppen in forensischen Einrichtungen überproportional vertreten und werden überproportional häufig in die Psychiatrie zwangseingewiesen. Teilweise scheinen MigrantInnen das Versorgungssystem also erst am Ende der Versorgungskette zu erreichen. Eine Chronifizierung der Erkrankung hat dann oft bereits stattgefunden. Dies kann als Ausdruck einer erheblichen Fehlversorgung interpretiert werden und zeigt die Notwendigkeit eines frühzeitigeren Zugangs.

Die Gründe hierfür liegen in folgenden Bereichen:

MigrantInnen mit psychischen Störungen werden längere Zeit von ihren Familien betreut, bevor ein Arzt aufgesucht wird. Die Ursache hierfür ist jedoch nicht allein in kulturellen Faktoren zu sehen. Vielmehr ist die Hürde, ein psychiatrisches oder psychotherapeutisches Angebot aufzusuchen häufig sehr groß, da einerseits das erforderliche Wissen über die therapeutische Versorgung fehlt und andererseits die vorhandenen Angebote nicht kultursensibel

gestaltet sind. Es kommt daher zu teils erheblichen Verständigungs- und Sprachproblemen. Empfohlene oder angefangene Behandlungen werden überdurchschnittlich oft abgebrochen.

Zudem werden Krankheiten kulturell bedingt verschieden wahrgenommen, ausgedrückt und verarbeitet. Auch wenn anzunehmen ist, dass bestimmte Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund überproportional auftreten (aussagekräftige Studien fehlen teilweise), so sind es grundsätzlich die gleichen psychischen Erkrankungen, die MigrantInnen und Einheimische betreffen.

Kulturelle Aspekte können – genau wie anderen soziobiographische Faktoren (Alter, Geschlecht, Beruf etc.) – die Psychopathologie jedoch auf mehreren Ebenen beeinflussen (vgl.: Haasen 2000, S. 14f):

- kulturelle Aspekte können Symptome beeinflussen (z.B. unterschiedliche Inhalte von Wahnvorstellung als Jesus, Buddha, Kaiser etc.)
- eine bestimmte Erkrankung kann kulturell bedingt unterschiedliche charakteristische Symptome beinhalten, die in anderen Kulturen untypisch sind (z.B. unterschiedliche Arten von Phobien)
- bestimmte Störungen wie Alkoholabhängigkeit, Essstörungen, pathologisches Spielverhalten und andere neurotische Störungen werden stark von soziokulturellen Kontexten beeinflusst. Ihr Auftreten ist daher in wesentlich stärkerem Maße kulturabhängig als bei anderen Erkrankungen.

Darüber hinaus beeinflusst das zugrunde liegende Körperverständnis Ausprägung und Wahrnehmung einer Erkrankung beim Patienten. Während die in westlichen Gesellschaften vorherrschende Dichotomie von Körper und Geist beide Bereiche stärker voneinander trennt, kann ein ganzheitliches Körperverständnis dazu führen, dass seelische Probleme einen stärker körperlichen Ausdruck zeigen (z.B. Wahrnehmung von Depression als körperlichen Schmerz ohne medizinisch auffindbare somatische Ursache).

Auch die Tabuisierung von psychischen Erkrankungen kann dazu führen, dass sich psychische Konflikte stärker in somatischen Beschwerden ausdrücken.

Die genannten Faktoren führen oft zu teils erheblichen Diagnose- und Therapieproblemen, wenn Arzt und Patient nicht über ausreichendes Wissen der jeweils anderen Kultur verfügen. Das Risiko einer Fehldiagnose ist dann wesentlich größer.

Eine gründliche Anamnese der psychosozialen Situation der PatientInnen ist ebenso unerlässlich wie die Auseinandersetzung mit kulturellen Hintergründen von MigrantInnen und Minoritäten. Dabei hat sich gezeigt, dass dort, wo den Bedürfnissen der MigrantInnen entsprechende Beratungsstellen eingerichtet wurden, diese auch intensiv genutzt werden und außerordentlich erfolgreich arbeiten

Haasen und Yagdiran fordern daher, dass ein Mensch anderer Herkunft „auf psychopathologischer Ebene nicht nur aus deutschem Blickwinkel beurteilt werden (darf), sondern Aspekte aus der Herkunftskultur und auch die Interaktion der Herkunftskultur mit der deutschen Kultur berücksichtigt werden (müssen).“¹²

Gute Beispiele im Hamburger Osten:

Die im Februar 2009 eröffnete „Psychiatrische Tagesklinik Mümmelmansberg“ bietet z.B. ein eigenes Gruppenangebot für PatientInnen mit Migrationshintergrund an.

Auch die partizipative Beteiligung von MigrantInnen an Projekten zur Verbesserung des Wissens von MigrantInnen über das Gesundheitssystem hat sich als sehr förderlich erwiesen. Das vom Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover entwickelte „MiMi“-Projekt (Mit Migranten für Migranten), hat in diesem Kontext Vorbildfunktion. Seit Ende 2010 gibt es neben der hamburgweiten Ansprechpartnerin auch im Hamburger Osten eine eigene MiMi-Koordinatorin.

¹² vgl. Haasen/Yagdiran (2000), S. 10

Erleichterung des Zugangs zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz.¹³

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

Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbände. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.

Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen.

Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und MultiplikatorInnen über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sowie AllgemeinärztInnen

Förderung der Kultursensibilität in allen Institutionen und Behörden, die von Menschen mit Migrationshintergrund aufgesucht werden

Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit professioneller oder ohne professionelle Begleitung

Sprache als zentraler Aspekt von Diagnose und Therapie

Die Möglichkeit der sprachlichen Verständigung ist ein ganz zentraler Aspekt von Diagnose und Behandlung. Psychotherapie ist im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen besonders stark darauf angewiesen, persönliche Empfindungen und Erfahrungen, scham- und angstbesetzte Erinnerungen, Gedanken und Wünsche mit dem Psychotherapeuten besprechen zu können. Dieses setzt in der Regel voraus, dass PatientIn und TherapeutIn dieselbe (Mutter-)Sprache sprechen. Ist dies nicht der Fall, besteht zwar die Möglichkeit, dass einer von beiden in der Muttersprache des anderen spricht, oder dass beide auf eine gemeinsam beherrschte Fremdsprache ausweichen. Dieses kann die – insbesondere emotionale – Kommunikation und damit den psychotherapeutischen Prozess beeinträchtigen. Zudem ist das Verstehen von Chiffren, Organchiffren und körperbezogenen Signalen und Metaphern deutlich erschwert (Risiko Fehldiagnose!). In jedem Einzelfall sind jedoch die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten/der Patientin zu berücksichtigen. Vielfach berichten sowohl PatientInnen als auch TherapeutInnen über große Schwierigkeiten bei der sprachlichen und kulturellen Verständigung, die nicht selten zu Unsicherheiten und Problemen in der Therapie führen. Es gibt jedoch auch unterschiedliche Gründe (vermutete Nähe zu kulturellen Werten und Traditionen, mit denen der Patient/die Patientin möglicherweise in Konflikt steht, oder Herkunftssprache als Sprache der Folterer bei traumatisierten Flüchtlingen), aus denen manchmal eine Therapie in der Muttersprache explizit abgelehnt wird.

Gänzlich unmöglich wird die Behandlung jedoch dann, wenn keine gemeinsame Sprache existiert und auch kein geschulter Dolmetscher zur Verfügung steht.

Die Verständigung mittels Dolmetscher geht zwar meist mit Einbußen in der Intimität der Kommunikation einher, ist jedoch aus pragmatischen Gründen ohne Alternative, da beson-

¹³ Diese Forderungen sind den Sonnenberger Leitlinien entnommen. Die Zwölf Leitlinien zur besseren psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen wurden im Jahr 2002 bei einer internationalen Fachtagung im Haus Sonnenberg in St. Andreasberg verfasst. Die Tagung wurde organisiert von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. in Hannover. Die Initiative zur Formulierung der Leitlinien ging von den führenden Fachgesellschaften in Deutschland aus, darunter die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), und die Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (DTGPP).

ders bei Menschen mit seltenen Sprachen keine muttersprachlichen Therapeuten zur Verfügung stehen. Qualifizierte Dolmetscher sind dabei dem Übersetzen durch Angehörige oder andere, nicht speziell ausgebildete Personen („Zufallsdolmetscher“) vorzuziehen, da in Anwesenheit eines neutralen, professionellen Übersetzers offener kommuniziert werden kann, als wenn Bekannte oder Verwandte übersetzen.

Es sollte selbstverständlich sein, dass generell keine Kinder und jugendlichen Angehörigen der Klienten bei psychotherapeutischen, medizinischen oder bei Gesprächen der Krisenintervention genutzt werden. Dies könnte höchstens bei reinen Informationsgesprächen, frei von Therapie und medizinischer Behandlung, im Notfall helfen und auch dann nur Personen ab dem 16. Lebensjahr.

Für professionelle Dolmetscher besteht jedoch auch die Notwendigkeit einer angemessenen Qualifikation für dieses Tätigkeitsfeld.¹⁴

Darüber hinaus sind in den letzten Jahren in einigen Städten Gemeindedolmetscherprojekte entstanden. Gemeindedolmetscher verfügen über einen eigenen Migrationshintergrund. Im Unterschied zu Fachdolmetschern und privaten Laiendolmetschern z.B. aus der Familie werden sie zu Experten in sozialer Kommunikation ausgebildet (Gesprächsführung, Terminologie des Sozial- und Gesundheitswesens, Rechtsfragen etc.). In der Ausbildung wird zudem besonderer Wert auf Unparteilichkeit und innere Distanz gelegt und sie nehmen regelmäßig an arbeitsbegleitender Supervision teil.¹⁵

In Hamburg existiert am Kinder- und Familienhilfezentrum (KiFaZ) Schnelsen bereits seit dem Jahr 2001 ein Gemeindedolmetscherprojekt. Die Übersetzer sind allesamt Laiendolmetscher, die zwischen Deutsch und ihrer Muttersprache übersetzen. Dafür erhalten sie aus Projektgeldern (Schnittstellenprojekt Hamburg Schnelsen) eine Aufwandsentschädigung. Am häufigsten nachgefragt werden die Sprachen Türkisch, Farsi, Dari, Urdu, Serbisch/Kroatisch und Russisch. Der größte Teil der Übersetzungen findet im Gesundheitsbereich (etwa 66 Prozent) statt. In der Regel sind es die NutzerInnen, die den für die kostenlosen Dienst anfordern. Nur etwa 10 Prozent der Einsätze erfolgen aufgrund der Nachfrage durch Behörden und Einrichtungen. Etwas häufiger wird der Dienst inzwischen für die Übersetzung von Informationsblättern (Veranstaltungshinweise, Einladungen zu Elternabenden etc.) genutzt.

Muttersprachliche Therapieangebote insbesondere in Ballungsräumen mit einem hohen Bevölkerungsanteil unterschiedlicher Muttersprachen.

Streichung der aus der Nazizeit übernommenen Bestimmungen zur deutschen Nationalität von Psychotherapeuten (Deutschenprivileg), sowie der Beschränkung auf wenige Therapierichtungen im PsychThG. Maßgeblich für die Berufszulassung ist allein die fachliche Qualifikation, nicht die Nationalität.

Übernahme von Fahrt- und Dolmetscherkosten durch die gesetzlichen Krankenkassen (zumindest bei materieller Bedürftigkeit).

Etablierung von Gemeindedolmetscherprojekten und Einsatz von psychologisch geschulten FachdolmetscherInnen

Einrichtung von kultursensibel arbeitenden Therapieeinrichtungen und Spezialambulanzen, in denen auch MitarbeiterInnen mit eigenem Migrationshintergrund arbeiten.

Erstellung von mehrsprachigem Informationsmaterial über die Gesundheitsversorgung

Migrationsspezifische Familiendynamiken: Ein Phasenmodell

Jedes Jahr wandern tausende von Menschen nach Deutschland ein und lassen sich hier nieder – sie kommen allein oder gemeinsam mit Familienangehörigen, aus eigenem Entschluss oder erzwungen durch Naturkatastrophen, Kriege oder als politisch Verfolgte. Sie bringen fast ihr gesamtes bewegliches Eigentum mit oder nur ein kleines Bündel an Habse-

¹⁴ vgl. BpTK-Standpunkt 14.06.2010, S. 12

¹⁵ vgl. R. Salman, In: Handbuch Transkulturelle Psychiatrie (2010), S. 202

lichkeiten. Sie werden öffentlich Willkommengeheißen oder riskieren ihr Leben an den EU-Außengrenzen. Einige sind gut auf das Zielland vorbereitet, sprechen die Sprache, kennen die Lebensbedingungen und Gebräuche, andere haben vorher nie ihr Dorf verlassen und keine Schule besucht. Selbst MigrantInnen aus dem gleichen Herkunftsland können große Unterschiede im Hinblick auf Bildung, sozialen Status und Migrationsmotiv aufweisen.

Trotz all dieser Unterschiede, weisen Migrationsprozesse bestimmte Regelmäßigkeiten auf, die sozial wie psychologisch von großer Bedeutung sind. C. Sluzki¹⁶ unterscheidet fünf Phasen des Migrationsprozesses, die kulturübergreifend auftreten. Seinem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass es sich bei Migration um einen lebenslangen und generationenübergreifenden Prozess handelt.

1. die Vorbereitungsphase
2. der Migrationsakt
3. die Phase der Überkompensierung
4. die Phase der Dekompensation
5. die Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse

Jede Phase zeichnet sich durch charakteristische Abläufe, familiäre Bewältigungsstrategien und Konflikte aus. Insbesondere wenn Familien gemeinsam migrieren, stehen ihre Mitglieder nicht nur vor der Aufgabe eine individuelle Anpassungsstrategie zu entwickeln, sondern darüber hinaus als Familie einen Umgang mit der neuen Situation zu finden. Nicht selten verändern sich innerhalb der Gruppe die Aufgaben und Rollen in diesem Prozess.

Auch in der sozialen und beratenden Arbeit mit MigrantInnen liefert das Wissen über die verschiedenen Phasen der Migration und deren Bewältigung wichtige Hinweise für die seelische Situation eines Klienten/einer Klientin. Beratung und Unterstützung können darauf abgestimmt werden und eine Einordnung als „normale“ Reaktion auf die tiefgreifenden Veränderungen kann erfolgen.

In der *Vorbereitungsphase* wird die Migration geplant und Wissen über das Zielland sowie die Sprache erworben. Je nach Anlass kann diese Phase sich über einen langen Zeitraum der Entscheidungsfindung hinziehen oder sehr kurz ausfallen. Bei Kindern entfällt diese Phase meist völlig, da sie in den Entscheidungsprozess in der Regel nicht eingebunden sind und ihnen die Fähigkeit fehlt, sich die anstehenden Veränderungen vorzustellen. Sie „werden migriert“ und daher in besonderem Maße von den Ereignissen überrumpelt.

Der *Migrationsakt* selbst kann wenige Stunden oder Jahre dauern. Feste Verhaltensregeln und Traditionen zur Bewältigung des Abschieds und der Reise gibt es nicht. Insbesondere die langen Wanderbewegungen mit entbehrungsreichen, teils lebensgefährlichen Situationen und zermürenden Phasen des Wartens und „Strandens“ in Flüchtlingslagern oder Camps, sind schwer zu bewältigen und können traumatisierend wirken. Allerdings entstehen teilweise starke Bindungen zwischen Menschen derselben „Schicksalsgemeinschaft“.

Anders als vielleicht zu erwarten wäre, sind die Belastungen der Migration nicht etwa während der ersten Wochen und Monate im Aufnahmeland am größten. Vielmehr tritt zuerst eine *Phase der Überkompensation* auf, die durch ein Höchstmaß an Anpassungsfähigkeit, scharfe Beobachtungsgabe und die innerfamiliäre Aufteilung von Rollen gekennzeichnet ist. Oft übernimmt eine Person (meist der Mann) die instrumentellen Aufgaben, kümmert sich um Außenkontakte und praktische Fragen, während einem anderen Familienmitglied (meist der Frau) eher die affektiven Aufgaben (Trauer um Verlorenes, Kontakt in die Heimat, innerfamiliäre Affekte) zugeordnet sind.

Unstimmigkeiten zwischen Erwartungen und der Realität im Zielland werden in dieser Phase eher verdrängt, genauso wie auch innerfamiliäre Konflikte in den Hintergrund treten zugunsten von Anpassungs- und Akkulturationsprozessen. Nur bei extremen Belastungen oder schlecht ausgeprägten Coping-Fähigkeiten, kommt es in dieser Phase zu massiven Krisen mit familiärer Desorganisation oder psychiatrischer Symptomatik.

¹⁶ vgl. C. Sluzki, In: Handbuch Transkulturelle Psychiatrie (2010), S. 108-123

Wenn die Grundbedürfnisse gesichert sind, gilt es eine neue Realität zu gestalten, die sowohl die familiäre Kontinuität erhält als auch neue gesellschaftliche Einflüsse aufnimmt. In dieser *Phase der Dekompensation* findet eine intensive Auseinandersetzung mit der Lebenssituation statt, familiäre Rollen verfestigen sich oder müssen neu definiert werden – auch in Abhängigkeit davon, wer zuerst Arbeit findet und sich nach außen orientiert. Bestimmte kulturelle und familiäre Gewohnheiten erweisen sich als hilfreich, während andere in der neuen Umgebung hinderlich oder sogar konfliktiv sind. Ist die Familie nicht in der Lage, adäquate Bewältigungsstrategien zu entwickeln, um diesen komplexen und schmerzhaften Prozess zu meistern, kann es zu Entfremdungen der Partner und massiven familiären Konflikten führen.

Die Mehrzahl der migrierten Familien, die in beraterische oder therapeutische Einrichtungen kommen, befindet sich in dieser Phase der Dekompensation. Auch kumulierte Stressoren vorangegangener Phasen machen sich nun bemerkbar. Isolation, Depression oder psychosomatische Beschwerden sowie Suchtstörungen können die Folge sein.

Zudem schleichen sich unbewältigte Konflikte in die nachfolgende Generation ein. Kinder, die sich oft wesentlich schneller als ihre Eltern der neuen Kultur und Sprache anpassen, erleben dann einen Zusammenprall von Werthaltungen. Was in der ersten Generation vermieden wurde, wird in der nächsten wieder aktuell, meistens in Form eines Generationenkonflikts. Alle Migrantenfamilien müssen sich diesen Konflikten stellen – das Ausmaß gibt aber Aufschluss darüber, wie die komplexen Adaptions- und Akkulturationsanforderungen innerfamiliär gemeistert wurden.

Kinder und Jugendliche im Migrationsprozess

Die Verletzlichkeit von Kindern und Jugendlichen ist im Migrationsprozess besonders groß, da ihre Persönlichkeit im vertrauten Kontext noch nicht gefestigt war. Zudem sind sie in besonderem Maße auf die Stabilität der innerfamiliären Beziehungen angewiesen. Wird die Wanderung von den Eltern als krisenhaftes Ereignis wahrgenommen, das sie enturzelt, verunsichert oder gar traumatisiert hat, kann das zur Folge haben, dass sie ihrer Elternrolle nicht mehr in vollem Umfang gerecht werden können.

Zudem sind Kinder und Jugendliche meist in Entscheidungsprozesse nicht einbezogen und werden migriert. Insbesondere in der ersten Phase nach Ankunft im neuen Land erleben sie sich als Fremde in der Schule und im öffentlichen Raum, häufig ohne Sprachkenntnisse. Zusätzlich verunsichernd wirkt, dass auch die Eltern oft nicht in der Lage sind, die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln. Trauer und Verluste der Kinder um zurückgebliebene Bezugspersonen und die gewohnte Umgebung haben in Anbetracht der elterlichen Schwierigkeiten oft keinen Raum und bleiben unausgesprochen.

Zu den Belastungen der Migration gehören für Kinder und Jugendliche oft auch Phasen der Trennung von den Eltern und anderen wichtigen Bezugspersonen (Großeltern), wenn sie z.B. erst im Herkunftsland verbleiben und später nachgeholt werden. Besonders belastend ist diese Situation für minderjährige unbegleitete Flüchtlinge, die oft von ihren Eltern fortgeschickt wurden, um in einer sicheren Umgebung eine bessere Zukunft zu haben.

Darüber hinaus führt ein unsicherer Aufenthaltsstatus in Deutschland unter Umständen verbunden mit der Androhung von Abschiebung, nicht selten zu dauerhafter Angst und schweren psychischen Problemen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.

Fällt den Eltern oder einem Elternteil der Akkulturationsprozess schwer, übernehmen Kinder und Jugendliche oft verantwortungsvolle Aufgaben als Mittler und Übersetzer im Umgang mit Behörden, Schulen oder im medizinisch-therapeutischen Bereich. Es kann ein Rollentausch stattfinden („Parentifizierung“), der oft mit einer (psychischen) Überforderung der Kinder und Jugendlichen einhergeht.

Adoleszenz

In der Phase der Adoleszenz sind jugendliche MigrantInnen ähnlich wie ihre einheimischen Altersgenossen mit bestimmten Fragestellungen und Konflikten konfrontiert, die mit ihrem Erwachsenwerden in Verbindung stehen: Aufbau veränderter Familienbeziehungen, Haltung

zu Intimität und Sexualität, Pflege von Freundschaften und sozialen Beziehungen, Zukunftsperspektiven in Schule und Beruf, Freizeitgestaltung und Umgang mit Autorität.

Obwohl es zahlreiche kulturübergreifende Gemeinsamkeiten bei der Entwicklung Jugendlicher gibt, bleiben den Mitgliedern der Dominanzkultur eine Reihe sozialer Stressoren wie Rassismus und die Belastungen der Migration und Akkulturation erspart, mit denen sich Jugendliche aus Minderheiten auseinandersetzen müssen.¹⁷

In der Phase der Adoleszenz lockern sich nicht nur familiäre Bindungen, sondern auch Bindungen an die Herkunftskultur. Die Grenzen zwischen „normal“ und „abweichend“ zwischen „gesund“ und „pathologisch“, die für alle Jugendlichen fließend sind, sind für Jugendliche, denen es aufgrund unterschiedlicher kultureller Einflüsse an Orientierung mangelt, besonders schwierig zu erkennen.

Während Jungen ihre Störungen eher ausagieren, aggressives Verhalten zeigen oder Suchtmittel konsumieren, drücken Mädchen ihre Störungen eher durch nach innen gerichtete Symptomatiken im Sinne psychosomatischer Beschwerden aus.

H. Uslucan¹⁸ hebt hervor, dass Desintegration und Aggression bei Jugendlichen in erster Linie ein Phänomen unterprivilegierter Gruppen der Gesellschaft sei. Armut, soziale Ausgrenzung, niedriges Bildungsniveau und fehlende Perspektive, führen zu einem deutlichen Ansteigen der Gewaltrate und Delinquenz. Gerade diese soziodemografischen Merkmale treffen auf Migranten jedoch in starkem Maße zu.

Allerdings konnten Studien nachweisen, dass die Bikulturalität keinesfalls zu „marginalen“ oder Außenseiterexistenzen führt. Vielmehr verfügen die Jugendlichen über die Fähigkeit, in beiden Kulturen kompetent zu sein, ohne ihre kulturelle Identität zu verlieren oder sich für eine Kultur entscheiden zu müssen. Dennoch stehen Jugendliche, die in Familien mit tiefen Wurzeln in nichtwestlichen Kulturen aufwachsen und die meiste Zeit in westlich orientierten Zusammenhängen wie Schule, Arbeit oder Freundeskreis verbringen, vor einer anspruchsvollen Aufgabe, ihre Loyalitäten immer aufs Neue ausbalancieren zu müssen. Nach Jahren des Ausprobierens, Suchens und auch gelegentlichen Scheiterns findet die große Mehrheit der jugendlichen MigrantInnen dennoch erfolgreich den Weg ins Erwachsenenleben –mit der Bereicherung einer „interkulturellen Kompetenz“.¹⁹

Für Kinder und Jugendliche mit Migrationsgeschichte ist es oft von großer Bedeutung außerhalb des familiären Umfeldes eine Bezugsperson zu haben, die Orientierung und Bestärkung im deutschen Kontext bieten kann.

LehrerInnen und ErzieherInnen haben hier die verantwortungsvolle Aufgabe, diesen Kindern mit kultursensibler Aufmerksamkeit zu begegnen und auch schwierige oder schmerzliche Themen im Kontext von Migration, Flucht oder Aufenthaltsbestimmungen nicht auszusparen. Dafür benötigen sie nicht nur entsprechende Fortbildungen und ggf. Supervision, sondern auch Zeit (Lehrerstunden).

Die Therapie mit jugendlichen MigrantInnen erfordert nicht nur jugendpsychiatrisches Wissen und eine kultursensible Haltung. In Kooperation mit den PatientInnen und ihren Familien sollten TherapeutInnen kreativ und ressourcenorientiert sein, um gemeinsam neue Wege der Heilung zu finden. Eine Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe, Psychologen, Schule und Eltern über einen systemischen, interkulturellen und reflektierenden Ansatz wäre eine solche Möglichkeit.

Entwicklung und Umsetzung familienbasierter, wohnortnaher präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.

MigrantInnen verfügen über Ressourcen

¹⁷ vgl. S. Colijn, In: Handbuch Transkulturelle Psychiatrie (2010), S 277 f

¹⁸ vgl. H. Uslucan, In: Handbuch Transkulturelle Psychiatrie (2010), S. 288

¹⁹ vgl. S. Colijn, In: Handbuch Transkulturelle Psychiatrie (2010), S 280f

„Ob (...) die Migrationserfahrung per se als Ursache für eine höhere psychische Belastung herangezogen werden kann, bleibt fraglich. Einerseits sind zahlreiche Gründe für eine erhöhte psychische Belastung im Rahmen von Migrationsprozessen beschrieben worden. Andererseits kann Migration für das Individuum auch ein Akt der Befreiung aus einer repressiven und ausweglosen Lebenssituation sein, im Zuge der Migration können Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Stresssituationen gewonnen werden.“²⁰

Beschäftigt man sich eingehend mit dem Thema der seelischen Belastung durch Migration, Flucht und Ausgrenzung im Zielland, verliert sich der Blick dafür, dass die überwiegende Mehrheit der in Deutschland lebenden MigrantInnen trotz aller belastenden Faktoren, ihr Leben sehr gut ohne therapeutische oder psychiatrische Hilfe meistert. Sehr viele MigrantInnen haben sich eigene Lebensperspektiven aufgebaut und verfügen über vielfältige soziale und professionelle Netzwerke.

Doch welche Faktoren sind es, die dazu beitragen, dass einige Menschen besser als andere in der Lage sind belastende Lebenssituationen zumeistern und trotz widriger Umstände eine positive Entwicklung zu gestalten?

In einer empirischen Studie konnte S. Schultz unter anderem folgende Stärken und Fähigkeiten ermitteln, die Menschen mit Migrationserfahrung oder –hintergrund oft entwickeln: Zähigkeit und Durchhaltevermögen, Fähigkeit mit Dingen klarzukommen, die unüberwindlich scheinen, Flexibilität und Geduld, Mut und Risikobereitschaft, Sensibilität, Familienzusammenhalt, Wissen um die Rechtssituation und Durchsetzungsfähigkeit. Auch Sprachkompetenz und starker Glaube (an Religion oder Ideologie) wirken sich protektiv aus.

Dass sich eine Person in ambulanter oder stationärer Therapie befindet heißt nicht per se, dass sie nicht über persönliche Ressourcen und Resilienzen (Widerstandsfaktoren) verfügt. Die angesprochenen Fähigkeiten sind auch im Moment der psychischen Belastung oder Erkrankung häufig noch (teilweise) vorhanden. Allerdings werden sie in Beratung, Therapie und stationärer Behandlung viel zu selten angesprochen und aktiviert.²¹

Durch die Betonung einer ressourcenorientierten Arbeit kann der Tendenz entgegen gewirkt werden, Personen, die einer (häufig diskriminierten) Minderheit zugerechnet werden, primär als Opfer anzusehen. Es gilt daher, eine differenzierte Sichtweise und Haltung einzunehmen, die es ermöglicht, Ressourcen und Resilienzen von Personen zu erkunden und zu aktivieren, ohne sich von Vorurteilen und eigenen Vorstellungen leiten zu lassen. Eine Ressourcenexploration bewirkt oft auch eine Stärkung des Selbstwertgefühls bei Klienten und Patienten.

Allerdings ist zu betonen, dass die seelische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland nicht nur ein individuelles, sondern in ganz entscheidendem Maße auch ein gesellschaftliches Problem ist. Alltagsrassismus, institutioneller Rassismus und das wiederkehrende Erleben von Ausgrenzung und Nicht-Dazugehörigkeit machen psychisch krank oder erschweren eine Heilung. Nur wenn es gelingt die unterschiedlichen Formen der Ausgrenzung auf allen gesellschaftlichen Ebenen abzubauen, sind die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass alle hier lebenden Menschen ihre Entwicklungschancen nutzen und sich seelisch stabil entfalten können.

Merkmale einer transkulturellen Haltung in Psychiatrie, Therapie und Beratung

Es können nicht alle kulturellen Aspekte bei der Beurteilung einer psychischen Störung bekannt und verständlich sein. Dennoch gibt es einige grundsätzliche Leitlinien, mit deren Berücksichtigung Fehleinschätzungen aufgrund kultureller Faktoren vermeidbar sind. Kultur sollte benutzt werden als Rahmen für ein besseres Verständnis der/des einzelnen PatientInnen, nicht als Entschuldigung für stereotype Vorstellungen.²² Es gilt also kultursensibel oder transkulturell zu denken und zu agieren, ohne kulturelle Aspekte zu verallgemeinern oder überzubewerten. Die Überbewertung kultureller Aspekte kann ansonsten den Blick auf die individuelle Person verstellen und sie auf kulturelle Hintergründe reduzieren (Überkulturalisierung).

²⁰ Schwartau et al., In: Borde/David (2007), S. 114

²¹ vgl. D. Schultz, In: Borde/David (2007), S. 151ff

²² vgl. Haasen/Yagdiran (2000), S. 210

„Transkulturelle Psychiatrie“ ist nicht so sehr eine Methodenfrage oder ein fachliches Teilgebiet der Psychiatrie, sondern in erster Linie eine Haltung:

- die Bereitschaft, kulturellen und sozialen Fragen mit wertschätzendem Verstehen und teilnehmender Neugier zu begegnen,
- eine positive Grundhaltung gegenüber anderen kulturellen Hintergründen
- die Bereitschaft, eigene kulturelle Haltungen zu reflektieren und kritisch zu hinterfragen

Zudem zeichnet sich eine transkulturelle Herangehensweise aus durch das Wissen um kulturspezifische Eigenheiten bei psychischen Phänomenen und das Wissen um kulturell geprägte Wertvorstellungen sowie Krankheits- und Therapiekonzepte.

Die größte Ressource dabei sind die PatientInnen selbst und die Fachleute, die anderen kulturellen Hintergründen entstammen.²³

Die transkulturelle Haltung muss zur „Chefsache“ gemacht werden, um sie in allen Bereichen von Psychiatrie, Therapie und Beratung umzusetzen.

Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von Migrantinnen und Migranten und deren Behandlung.²⁴

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

²³ BPtK-Standpunkt, 14.06.2010, S. 15

²⁴ Vgl. Sonnenberger Leitlinien.

Literatur

- psychosozial, Jg. 28, Nr. 102, 2005, Heft IV
Hrsg: H. Adam, B. Möller, T. Lucas
Schwerpunktthema: Flüchtlingskinder und ihre Familien in Beratung und Therapie
- Zeitschrift für Politische Psychologie, 1+2/99
Hrsg: B. Möller, A. Morten, F. Regner
Politische Traumatisierung: Verfolgung, Folter, Erzwungene Migration (Forced Migration) und Möglichkeiten therapeutischer Hilfe
- Zeitschrift für Politische Psychologie, 4/00+1/01
Hrsg: F. Regner, E. Bittenbinder
Politische Traumatisierung: Therapie im Kontext
- Handbuch Transkulturelle Psychiatrie
Hrsg: T. Hegemann, R. Salman, Bonn 2010
- Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale
Hrsg: T. Borde, M. David, Frankfurt/M. 2007
- Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft
Ch. Haasen, O. Yagdiran, Freiburg i.B. 2000
- BPTK-Standpunkt 14. Juni 2010: Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten. Hrsg: BundesPsychotherapeutenKammer
- Unterlagen zum Symposium der BundesPsychotherapeutenKammer im Oktober 2010