

Yesim Erim

Klinische Interkulturelle Psychotherapie

Ein Lehr- und Praxisbuch

Kohlhammer

Yesim Erim

Klinische Interkulturelle Psychotherapie

Ein Lehr- und Praxisbuch

Mit einem Geleitwort von Wolfgang Senf

und mit Beiträgen von
Mingo Beckmann, Franz-Peter Begher, Fatih Güç,
Ali Kemal Gün, Norbert Hartkamp, Ljiljana Joksimovic,
Irmhild Kohte-Meyer, Renate Lackner, Friedrich Leidinger,
Andrea Möllering, Eva Morawa, Renate Schepker,
Mehmet Toker und Hamidiye Ünal

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Zeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Für meine Mutter Ayla Erim, für unsere Mütter

1. Auflage 2009

Alle Rechte vorbehalten
© 2009 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart
Gesamtherstellung:
W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart
Printed in Germany

ISBN: 978-3-17-020849-0

E-Book-Formate:
pdf: ISBN 978-3-17-029487-5

Inhalt

Geleitwort	11
<i>Wolfgang Senf</i>	

Vorwort und Danksagung	13
<i>Yesim Erim</i>	

Teil I: Interkulturelle Psychotherapie

Psychotherapie mit Migranten – Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie

Yesim Erim

1 Historischer Überblick und Einleitung.....	17
2 Modelle psychischer Entwicklung in der Migration.....	25
3 Sprach- und Verständigungsprobleme: Der Einsatz von Dolmetschern	28
4 Interkulturelle Diagnostik.....	29
5 Muttersprachliche, bilinguale Psychotherapie.....	33
6 Befunderhebung – Besonderheiten der biographischen Anamnese bei Migranten.....	34
7 Interkulturelle Beziehungsdynamik, kollektive Übertragungsbereitschaft von Migranten, einheimischen und ethnischen Therapeuten.....	42
8 Hilfreiche Therapeutische Haltung.....	50
9 Psychotherapeutische Versorgung von Migranten	56
10 Ausblick	57

Türkischstämmige Patientinnen mit masochistischen Persönlichkeitsanteilen und der Einsatz von Märchen als kultursensible Intervention

Yesim Erim

1 Märchen als therapeutisches Element	64
2 Kultursensible Interventionen	65
3 Die Patientinnen und das Behandlungsproblem	65
4 Kollektive Gegenübertragung in der interkulturellen Begegnung?.....	67
5 Die Arbeit mit Märchen	67
6 Schlussbemerkung	76

Teil II: Psychische Störungsbilder im Kontext der Migration

Somatoforme Störungen im Kontext der Migration

Yesim Erim

1 Einleitung.....	81
2 Häufigkeit der Somatisierungsstörung in unterschiedlichen Kulturen	82
3 Somatisierung und symbolische Bedeutung der Symptome	83
4 Somatisierung und Akkulturationsgrad	83
5 Somatisierung und Depressivität.....	84
6 Somatisierung und Migrationsstress	85

7	Somatisierung bei türkischen Migranten in deutschsprachigen Ländern	85
8	Eigene Untersuchung und Validierung des Screenings für somatoforme Störungen in der türkischen Version	86
9	Somatisierung und kulturgebundene Syndrome	86
10	Symbolgehalt der Schmerzsymptome bei türkischstämmigen Migranten	87
11	Fazit	88

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) im Kontext der Migration

Yesim Erim

1	Einleitung	91
2	Posttraumatische Belastungsstörung	92
3	Das Konstrukt der Posttraumatischen Belastungsstörung im interkulturellen Vergleich	93
4	Ethnisch-kulturelle Unterschiede bei dem gleichen Auslöseereignis	94
5	Posttraumatische Belastungsstörung bei Flüchtlingen	95
6	Flüchtlinge, Prämigrationstrauma, soziale Unterstützung	95
7	Vorerfahrungen mit Gewalt bei Flüchtlingen und die Kommunikation darüber in der Primärversorgung	96
8	Subjektiver Schweregrad der traumatischen Erlebnisse	96
9	PTSD, Resilienz und Lebensqualität bei Flüchtlingen aus dem Iran in Stockholm	97
10	Flüchtlinge aus dem Kosovo	97
11	Traumatische Vorerfahrungen von Flüchtlingen und Fortbestehen der PTSD nach Rückkehr in die Heimat	97
12	Posttraumatische Belastungsstörung bei gemischten Migrantenpopulationen	
13	Prämigrationserfahrungen	98
14	Prämigrationserfahrungen von Arbeitsmigranten und Flüchtlingen	98
15	Soziales Gefüge, soziale Unterstützung	99
16	Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland, sozialer Status, Gewaltexposition und Resilienz	99
17	Eigene Studie	100
18	Fazit	101

Teil III: Implementierung von Psychotherapieangeboten für Migranten

Sozialarbeit mit Migranten im Kontext der Psychotherapie

Franz-Peter Begher

1	Sozialberatung in der stationären Psychotherapie	107
2	Patienten mit Migrationshintergrund	107
3	Sprache	109
4	Recht	110
5	Familie	111
6	Soziale Situation	113
7	Interkulturelle Kompetenz	115
8	Fazit	116

Interkulturelle Öffnung in den Institutionen der Gesundheitsdienste

Ali Kemal Gün

1	Einleitung.....	118
2	Inanspruchnahmeverhalten der Migranten und Zugangsbarrieren zu den Regeldiensten	119
3	Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste – eine Herausforderung für die gesamte Gesellschaft und eine zeitgerechte Notwendigkeit	121
4	Zusammenfassung.....	132

Das Kopftuch und die Psychiatrie

Friedrich Leidinger

1	Die Kopftuch-Debatte erreicht die Psychiatrie	135
2	Kultureller und religiöser Kontext des Kopftuches.....	136
3	Politische Debatte und Verfassungsgericht	137
4	Das Kopftuch in der Psychiatrie	139
5	Fazit	140

Teil IV: Spezielle Aspekte der Psychotherapie mit Migranten

Funktionsstörungen des Ich und die Neuorientierung der Ich-Identität im Migrationsprozess

Irmhild Kohle-Meyer

1	Problembeschreibung	146
2	Überlegungen zum Migrationsprozess	147
3	Psychoanalytische Überlegungen	148
4	Sprache und das Entstehen von Unbewusstheit.....	149
5	Fallbeispiel	150
6	Schlussfolgerungen	154

Psychotherapie mit Flüchtlingen und Folterüberlebenden

Hamidiye Ünal

1	Einleitung.....	158
2	Menschenrechtsverletzungen und ihre psychischen Auswirkungen	159
3	Die Folter und ihre Ziele	160
4	Psychosoziale und rechtliche Situation der Flüchtlinge in Deutschland	162
5	Retraumatisierende Auswirkungen des Exils auf die psychische Gesundheit der Flüchtlinge.....	163
6	Das Trauma – die Diagnose.....	165
7	Psychosoziale Beratung und Psychotherapie	167
8	Schlussfolgerungen, Empfehlungen für die Praxis.....	173

Stationäre Psychotherapie mit traumatisierten Migranten

Andrea Möllering

1	Einführung	176
2	Trauma und Traumafolgen.....	177
3	Risikofaktoren für die Entwicklung einer Traumafolgestörung.....	178
4	Neurobiologische Modelle.....	178

5	Allgemeine Prinzipien der stationären Psychotherapie traumatisierter Migranten	179
	Spezielle Prinzipien der stationären Psychotherapie traumatisierter Migranten	180
7	Zusammenfassung.....	185

Kinder und Jugendliche mit Zuwanderungshintergrund als Patienten

Renate Schepker und Mehmet Toker

1	Allgemeine gesellschaftliche Situation.....	187
2	Versorgungslage	188
3	Gibt es migrationsspezifische Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei Jugendlichen?	189
4	Epidemiologie.....	190
5	Therapeutische Grundhaltungen.....	192

Psychoanalytische Familientherapie mit türkischen Familien

Fatih Güç

1	Einleitung.....	198
2	Das familientherapeutische Konzept.....	199
3	Familie B.	201
4	Abschließende Bemerkungen	207

Teil V: Kasuistische Einblicke in die Lebenswelten der Migranten

Die türkische Migrantin in der Psychotherapie

Wie prägt der islamische Glaube das Selbst und das Körper selbst unserer
Patientinnen? – Ein ethno-sozio-analytischer Exkurs

Yesim Erim

1	Religiosität als protektiver Faktor der psychischen Gesundheit	213
2	Die islamische Religion als psychische Ressource	214
3	Der türkische Islam und der Laizismus	215
4	Die islamische Religionszugehörigkeit als Belastungsfaktor	217
5	Konsequenzen für die Psychotherapie.....	221
6	Fazit	224

Muttersprachliche Gruppentherapie mit türkeistämmigen Migrantinnen

Yesim Erim

1	Einleitung und Zusammenfassung.....	226
2	Ausgangssituation	226
3	Kultursensible Angebote für türkeistämmige Patienten.....	227
4	Die Teilnehmerinnen	228
5	Gruppenverlauf	232
6	Schlussfolgerungen	238

Bikulturalität und Abwehr: Die tiefenpsychologische Behandlung einer Migrantin

Yesim Erim

1	Einleitung	241
2	Die Patientin.....	241
3	Behandlungsverlauf	244
4	Diagnostische Überlegungen.....	246
5	Bikulturalität und Abwehr.....	247
6	Kulturelle Hintergründe	248
7	Eine Abwehrform: Übermäßige Identifikation mit der Zugehörigkeitskultur	250
8	Schlusswort	251

Der türkische Migrant in der Psychotherapie

„Stolz und Vorurteil“ – Über die stationäre Psychotherapie bei Männern mit türkischem Migrationshintergrund

Norbert Hartkamp

1	Einleitung	253
2	Psychotherapie mit Männern.....	253
3	Männer aus der Türkei.....	256
4	Wie kann stationäre Psychotherapie mit Männern erfolgreicher gestaltet werden?	258

Teil VI: Ethnosozioökulturelle Leitfäden für die größten Migrantengruppen

Patrioten, Überlebenskünstler, Chaoten? – Eine Einführung in die Spezifik der polnischen Identität und Kultur

Eva Morawa

1	Einleitung	263
2	Polens geschichtliches Erbe.....	263
3	Polnische Kultur und Identität.....	264
4	Geschichte der Migration aus Polen nach Deutschland.....	268
5	Polnische community in Deutschland	269
6	Psychosoziale Belastungsfaktoren	270
7	Psychische Morbidität	272
8	Polnische Migranten in der Psychotherapie	273
9	Fazit	274

Zugangswege zu jugendlichen Migranten mit Abhängigkeitsproblemen aus den ehemaligen GUS-Staaten

Renate Lackner

1	Spezifische Merkmale junger Drogenabhängiger aus den ehemaligen GUS-Staaten.....	279
2	Geschichtlicher Hintergrund der Spätaussiedlung aus den ehemaligen GUS-Staaten.....	279
3	Das Stigma des Außenseiterdaseins.....	282
4	Kontakt mit dem Suchthilfesystem	285
5	Zugangswege zu drogenabhängigen Migranten	286

**Ethnosozioökultureller Leitfaden für die interkulturelle Psychotherapie
mit Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien**

Ljiljana Joksimovic

1	Einleitung	288
2	Das ehemalige Jugoslawien: Geschichtliche und soziopolitische Entwicklung	289
3	Der „Balkankrieg“: Das Ausmaß der sozialen Zerstörung	
4	Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien: Wissenswertes für die ärztliche und psychotherapeutische Begegnung	292

Teil VII: Klinische Hilfen

**Die transkulturelle Adaptation – Eine Methode zur Entwicklung
kulturspezifischer psychometrischer Messverfahren**

Mingo Beckmann

1	Kulturspezifische psychometrische Messverfahren: Hintergrund und Bedarf	299
2	Der Prozess der transkulturellen Adaptation	300
3	Entwicklung einer türkischen Version des Screenings für Somatoforme Störungen (SOMS-TV)	308
4	Fazit	310
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	314
	Stichwortverzeichnis.....	317

Geleitwort

Im Jahr 2007 erhöhte sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes durch Zuzug oder Geburt die Zahl der Menschen, die ausschließlich eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen, um rund 400 000 auf fast 7 Millionen. Am größten dabei ist der Anteil von türkischen Staatsbürgern, der auf 25 Prozent beziffert wird. Ende 2007 betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller ausländischen Personen in Deutschland 17,7 Jahre, davon lebten 35 Prozent mehr als 20 Jahre in Deutschland, über 70 Prozent, das sind fast 5 Millionen, halten sich seit mindestens acht Jahren hierzulande auf und haben somit die notwendige Aufenthaltsdauer für eine Einbürgerung. Nicht erfasst bei dieser Rechnung ist der Anteil der Menschen mit sog. Migrationshintergrund, worunter die Menschen verstanden werden, die seit 1950 zugewandert sind und deren Nachkommen. Viele davon haben inzwischen die deutsche Staatsangehörigkeit und werden der Einfachheit halber Migranten genannt. Diese gesellschaftliche Gruppe ist angewachsen auf 15,3 Millionen Menschen, was heißt, dass der Anteil der Migrantenfamilien bei 27 Prozent liegt und die Migrantenquote bei Kindern bis zwei Jahre 34 Prozent erreicht hat.

Das sind die numerischen Fakten einer objektiven Realität. Erlauben sie eine Aussage zu der gelebten Realität und zu der subjektiven Realität dieser Menschen? Klar wird bei diesen Zahlen: interkulturelle Psychotherapie ist hierzulande notwendig und findet auch statt. Doch was bedeutet interkulturell in der Psychotherapie?

Zunächst sind dabei zwei Perspektiven zu betrachten: die der Hilfesuchenden (Patienten) und die der Helfer (Psychotherapeuten), und beide müssen lernen, ihre Möglichkeiten zu nutzen und aber auch ihre Grenzen zu sehen. Dass das nicht einfach ist, hat der berühmte indische Schriftsteller, Philosoph und Psychoanalytiker Sudhir Kakar¹ in seinem Migrationserleben entsprechend eindrucksvoll skizziert, indem er offen über seine Situation in seiner Lehranalyse spricht: wie gekränkt er war, weil sein Analytiker ihm nicht aus seiner elenden finanziellen Lage helfen wollte, von der er doch ständig auf der Couch berichtete, und wie tief enttäuscht er war, dass sein Analytiker die Rechnung am Monatsende pünktlich präsentierte ohne jegliches Angebot, das Honorar zu reduzieren und auch deswegen, dass er ihm, auch ohne ihn jemals direkt gefragt zu haben, nicht zu einem besser bezahlten Job an seinem Institut verhalf. Nur sehr langsam habe er realisiert, dass seine wiederkehrenden Gefühle der Befremdung sich nicht aus den äußerlichen kulturellen Differenzen wie Höflichkeitsvorstellungen, Sprachgewohnheiten, Einstellungen gegenüber Zeit und Pünktlichkeit oder aber Unterschieden in der ästhetischen Sensibilität nährten, sondern in tieferen kulturellen Schichten des Selbst begründet sind. Wenn sich Hilfesuchender und Helfer im psychotherapeutischen Prozess manchmal fremd werden, so liegt das daran, dass jeder in einem spezifischen, kulturellen Unbewussten gefangen ist, einem kulturellen Unbewussten, das aus einem mehr oder weniger geschlossenen System kultureller Vorstellungen besteht, die der bewussten Wahrnehmung nicht leicht zugänglich sind.

1 Kakar S (2006) Kultur und Psyche – Auswirkungen der Globalisierung auf die Psychotherapie. In: Strauß B, Geyer M (Hrsg.) Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Auf solche Fragen fokussiert dieses Buch. Die Herausgeberin dieses Buches, Frau PD Dr. Yesim Erim, engagiert sich seit vielen Jahren als psychotherapeutisch tätige Ärztin und Wissenschaftlerin in diesem Bereich und hat zuletzt im Rahmen eines Verbundprojektes Migration die interkulturelle psychotherapeutische Versorgung für türkischstämmige Patienten etabliert. Die Beiträge dieses Bandes weisen nicht nur auf die Komplexität dieser Fragestellungen, auf die es keine einfachen Antworten gibt, sondern eröffnen auch Perspektiven für diese therapeutische Arbeit. Es ist dem Buch zu wünschen, dass es das Bewusstsein für diese Notwendigkeiten in der Fachwelt und in der Öffentlichkeit schärft.

Wolfgang Senf
Essen, im Februar 2009

Vorwort und Danksagung

Dieses Buch verfolgt das Ziel, einheimische und bilingual-ethnische Therapeuten für die Arbeit mit Migranten zu befähigen und ihre diesbezügliche Kompetenz zu steigern. Es trägt den Titel „Klinische Interkulturelle Psychotherapie“. Durch folgende Aspekte strebt es an, diesem Titel gerecht zu werden: Die Kapitel befassen sich mit klinischen Fragestellungen, die in der Psychotherapie mit Migranten auftauchen und relevant sind. Autoren, die seit vielen Jahren in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten klinisch tätig sind und sich mit der interkulturellen Psychotherapie in mannigfachen Veröffentlichungen befasst haben, haben diese Fragestellungen abgehandelt. Neben kasuistischen Fällen werden auch empirische Studien, soweit sie vorliegen und Konsequenzen für die psychotherapeutische Arbeit haben, vorgestellt und diskutiert.

Als Autorin und Herausgeberin dieses Buches habe ich mich mit den Fragestellungen befasst, die in meiner psychotherapeutischen Arbeit mit Migranten wichtig geworden oder in den Fortbildungsveranstaltungen, die ich seit 1997 regelmäßig in Essen und später im Rahmen der Lindauer Psychotherapiewochen abgehalten habe, durch die Teilnehmer an mich herangetragen worden sind. Hierzu gehört nicht nur die Untersuchung besonderer Konstellationen der Übertragung und Gegenübertragung zwischen Migranten und Einheimischen, sondern z. B. auch kultur- oder migrationspezifische Besonderheiten in der Biographie und im Erleben der Patienten. Ein ausführliches Einleitungskapitel befasst sich aus diesem Grunde u.a. mit *kollektiv geprägten Übertragungsbereitschaften* in der interkulturellen Psychotherapie und mit *Besonderheiten der biographischen Anamnese* im Kontext der Migration. In einem weiteren Kapitel wird eine *kultursensitive Intervention durch die Arbeit mit Märchen* vorgestellt.

Das Thema der *Benachteiligung der Frauen* taucht in *Psychotherapien von Migrantinnen* als biographisches Merkmal und in der konkordanten, ängstlich vermeidenden Haltung und Gegenübertragung der Behandler sehr häufig auf. Meine Erfahrungen in der Psychotherapie von Migrantinnen habe ich im Kontext der Gruppentherapie und der Einzeltherapie dargestellt. In diesem Zusammenhang habe ich diskutiert, ob *Zweisprachlichkeit und Bikulturalität* in Form einer Überidentifikation mit der konservativen Herkunftskultur eine besondere Abwehrform darstellen können. Welchen Einfluss die *religiöse Zugehörigkeit* der Patientinnen auf deren Selbsterleben nehmen kann, habe ich in einem gesonderten Kapitel diskutiert und hoffe, dass die Ausführungen dort nicht Vorurteile und -annahmen bekräftigen, sondern zu einem besseren psychodynamischen Verständnis der Patientinnen beitragen.

Der Beitrag von N. Hartkamp schafft einen Ausgleich und befasst sich mit der *Psychotherapie der türkischen Männer*. Hartkamp führt aus, dass die gesellschaftliche Normvorstellung, wie ein Mann zu sein habe, für den Mann insgesamt heute noch sehr viel strikter festgelegt sei und sehr viel weniger Ausweichmöglichkeiten bereithalte, als dies für Frauen üblicherweise der Fall sei. Überdies würden dysfunktionale Verhaltensweisen häufig durch eine spezifische Form von Männlichkeitsideologie in ihrem Bestand gefestigt. Nach einer Beschreibung der kulturellen Wertvorstellungen von Ehrenhaftigkeit und Ehrbarkeit beschreibt er, wie Geschlechtsrollenstereotypen in der Psychotherapie mit türkischen Männern zu berücksichtigen sind.

Zwei Störungsbilder, die *Traumafolgestörungen und die somatoformen Störungen*, nehmen einen großen Raum ein, weil Migranten meistens mit diesen Störungsbildern einen Psychotherapeuten aufsuchen. Ich habe Überblicke über empirische Arbeiten zu diesen Themen verfasst. Zwei Kolleginnen, H. Ünal und A. Möllering, die seit Jahren mit Traumafolgestörungen befasst sind, haben aus der Perspektive einer Flüchtlingsberatungsstelle und der Perspektive der stationären Behandlung die Besonderheiten der Psychotherapie mit Flüchtlingen und traumatisierten Migranten dargestellt. Die psychotherapeutische Arbeit mit Migranten kann deren Lebenssituation nicht außer Acht lassen. Migranten sind oft von sozialen Benachteiligungen wie der Arbeitslosigkeit oder dem Fehlen von ausreichendem Wohnraum betroffen. Die Artikel von Möllering und Ünal machen deutlich, dass äußerst belastende Erlebnisse die Lebenswirklichkeit und Biographie der politischen Flüchtlinge bestimmt, und wie Psychotherapie hilft, diese traumatischen Erlebnisse zu überwinden.

A.K. Gün, F.P. Begher und F. Leidinger befassen sich mit Fragestellungen bezüglich der *interkulturellen Öffnung von Institutionen*. Gün gibt eine umfassende Beschreibung für die institutionellen Voraussetzungen der kulturellen Öffnung und fasst diese dann in einer *Checkliste* zusammen. Begher schildert die besonderen *sozialen Probleme der Migranten* und wie mit ihnen umgegangen werden kann, damit eine ausreichend sichere Perspektive für eine psychotherapeutische Intervention in der Klinik geschaffen wird. F. Leidinger diskutiert ein sehr komplexes Thema, nämlich den *Umgang mit Andersartigkeit in den Institutionen* am Beispiel von Fachkräften in der Psychiatrie, die aus religiöser Überzeugung ein Kopftuch tragen. In seinem Beitrag gelingt es ihm in hervorragender Weise, politische, juristische und ethische Aspekte der Diskussion zusammenzutragen.

Die besonderen Probleme von *Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund*, die einen großen Teil der jungen Bevölkerung in Deutschland darstellen, und deren im Vergleich zu einheimischen Schülern geringer schulischer Erfolg, was in den letzten Monaten für politischen Diskussionsstoff in der Integrationsdebatte sorgte, wurden von M. Toker und R. Schepker behandelt. Die Autoren haben besonders deutlich herausgearbeitet, wie wichtig es in diesem Zusammenhang ist, durch eine kulturell offene Haltung ressourcenorientiert vorzugehen, Inanspruchnahmeverhalten, schicht-, migrations- und kulturspezifische Haltungen der Jugendlichen sowie ihrer Familien mit einer kulturellen Offenheit zu untersuchen.

Auch F. Güç befasst sich mit Migrantenfamilien und beschreibt die *systemisch-psychoanalytische Methode in der Familientherapie in diesem Kontext*. Güç schildert die Bedeutung der Erhebung der Migrationserfahrungen aller Mitglieder der Familie und schlägt vor, die Familien in einer transkulturellen, einer kulturellen und einer individuell familiären Ebene wahrzunehmen und zu untersuchen. In seinem Beitrag wird auch die Problematik des fortgesetzten Migrationsstresses in Familien mit der Erfahrung der Heiratsmigration verdeutlicht.

I. Kohte-Meyer untersucht den Migrationsstress aus psychoanalytischer Sicht. Eine besondere Bedeutung schreibt sie dem Umstand zu, dass in einer Umgebung, in der nicht die Muttersprache gesprochen wird, bestimmte Anteile der Persönlichkeit, die durch frühe Lebensereignisse geprägt und im Vokabular der Muttersprache repräsentiert sind, nicht aktiviert werden. Durch diese Entkoppelung von den emotionalen Reizen der Muttersprache, durch den Wechsel von Sprache und Kultur, könne eine *transkulturell bedingte Form von Unbewusstheit* entstehen, eine innere Stummheit für emotionale und affektive Vorgänge. In der Psychotherapie können die nicht zur Verfügung stehenden Bewusstseinsinhalte mit denen der alten Sprache und den alten

kulturellen Normen in Beziehung gebracht und das Ich des Patienten zu Integration und neuen Syntheseleistungen befähigt werden.

Obwohl sie alle betonen, dass ein *sozio-ethno-kultureller* Leitfaden nicht die Auseinandersetzung mit der individuellen Konfliktodynamik der Patienten ersetzen darf, waren L. Joksimovic, R. Lackner und E. Morawa bereit, meiner Einladung zu folgen und für *Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, russlanddeutsche Jugendliche und polnisch stämmige Migranten* entsprechende Orientierungsleitfäden zu schreiben. In diesen Kapiteln werden die historische und politische Entwicklung der betroffenen Ethnien und deren Auswirkung auf bestimmte kollektive Wahrnehmungen und Rollenbilder beschrieben. Hier wird dem US-amerikanischen Ansatz gefolgt, durch die Schilderung dieser Besonderheiten der einzelnen Ethnien, die immer auch stereotypisch sein müssen, eine erste Begegnung mit der spezifischen Beziehungswelt des Migranten und eine Sensibilisierung des Therapeuten für bestimmte kulturspezifische Konfliktmuster zu erreichen.

Das Fehlen von validierten Messinstrumenten in der Muttersprache der Migranten ist eins der Hindernisse in der Gewinnung empirischen Wissens über die psychischen Belastungen bei Migranten. M. Beckmann fasst die methodologischen Erfahrungen zusammen, die sie u.a. in der türkischen Übersetzung und Validierung des Fragebogens für das Screening somatoformer Störungen (SOMS) gewonnen hat, und beschreibt die umfangreiche Auseinandersetzung mit sprachlichen und kulturellen Aspekten von Symptomen. Das hier präsentierte Modell für die *transkulturelle Adaptation von psychometrischen Instrumenten* verdeutlicht auch, wie viel Aufmerksamkeit der kulturellen Besonderheiten der Krankheitswahrnehmung gewidmet werden muss, um die Migrantenpatienten korrekt zu verstehen.

In der hier skizzierten Auflistung gibt das Buch eine umfassende Einführung in die Thematik der interkulturellen Psychotherapie. Als Autorin und Herausgeberin hoffe ich, dass ein Buch entstanden ist, das den Leser zu einem kompetenten, offenen und neugierigen Umgang mit Migranten als Patienten befähigt.

Allen Autoren danke ich für ihre großzügige und engagierte Mitarbeit sowie die interessanten und lehrreichen Kapitel, die sie geschrieben haben. Besonderer Dank gilt meinen Kolleginnen E. Morawa und M. Beckmann, die mich durch viele Anregungen bereichert und durch aufmerksame Lektüre und Diskussion des Skripts unterstützt haben. Auch C. Odag, E. Möller und M. Toker haben Teile des Manuskripts gelesen und kommentiert.

Ohne die Neugier und die kulturelle Offenheit von W. Senf, dem Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums am Universitätsklinikum Essen, wären unsere klinische Arbeit in der muttersprachlichen Ambulanz und dieses Buch nie entstanden. Auch der Landschaftsverband Rheinland als Träger hat unsere Projekte zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten von Beginn an unterstützt.

Herrn Dr. Ruprecht Poensgen aus dem Kohlhammer Verlag gebührt mein herzlicher Dank für sein Engagement für das Thema dieses Werkes und seine stetige freundliche Unterstützung in der Konzeptualisierung und der redaktionellen Überarbeitung des Buches.

Meinem Mann Hans Martin Strehl danke ich für seine immense instrumentelle und emotionale Unterstützung; er hat dafür gesorgt, dass unsere eheliche interkulturelle Beziehung trotz der Arbeitsbelastung lebendig und reich geblieben ist.

Teil I: Interkulturelle Psychotherapie

Psychotherapie mit Migranten – Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie¹

Yesim Erim

1 Historischer Überblick und Einleitung

Die Einwanderung der ersten großen Migrantengruppe setzte im ausgehenden neunzehnten Jahrhundert aus Polen nach Deutschland ein. Dabei wurden Arbeitsmigranten in die Industrialisierungsgebiete, in das mitteldeutsche Braunkohlerevier und an die Ruhr rekrutiert. Zu Beginn des Ersten Weltkriegs lebten vier Millionen polnisch sprechende Einwohner im deutschen Staatsgebiet. Anfang der 1950er Jahre herrschte in Deutschland ein Mangel an Arbeitskräften. Aus Italien, Griechenland, Spanien, Portugal, der Türkei, Jugoslawien und Marokko wurden „Gastarbeiter“ geworben und somit die Zuwanderung nach Deutschland initiiert. Als der Arbeitsmarkt „gesättigt“ war, wurde 1973 der „Anwerbestopp“ beschlossen. Die Migration setzte sich jedoch fort, in erster Linie durch Flüchtlingswellen, aber auch durch die Zuwanderung von Familienangehörigen, Kindern und Ehepartnern der Migranten.² Nachdem in den 1970er Jahren entsprechend der politischen Vorstellung einer vorübergehenden Entlastung des Arbeitsmarktes und zur Beendigung dieser passageren Lösung wirtschaftliche Anreize in Form von „Rückkehrprämien“ geschaffen wurden, um die Arbeitsmigranten zur Rückkehr in ihr Heimatland zu motivieren, ist ein ausländerfreies Deutschland heute auch aus volkswirtschaftlicher Sicht nicht mehr vorstellbar, da Migranten nicht nur als Arbeitskräfte, sondern auch als Konsumenten fehlen würden. Auf der Seite der Migranten, die oft mit dem kurzfristigen Ziel des wirtschaftlichen Erfolges nach Deutschland kamen, stellten viele im Laufe ihres jahrelangen Aufenthaltes und meistens im Zusammenhang mit der Lebensplanung ihrer hier geborenen Kinder fest, dass sie inzwischen mehr ins Aufnahmeland gehören als in ihre Heimat.

Dieser Entwicklung entsprechend ist die psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Migranten in den letzten 50 Jahren ein immer wichtiger werdender Bestandteil der psychosozialen Versorgungspraxis geworden. Der Ausländeranteil an der Altersgruppe der 20- bis 40-Jährigen wird 2010 in Nordrhein Westfalen 40 bis 46 Prozent betragen (Birg 2000).

1 Das Kapitel ist eine erweiterte und überarbeitete Version folgender Veröffentlichungen: Erim Y, Senf W (2002): Psychotherapie mit Migranten. Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. Psychotherapeut, Vol. 47, Nr. 6, Nov. 2002, 336–346 (mit freundlicher Genehmigung von Springer Science and Business Media, Heidelberg), und Erim Y (2004): Interkulturelle Aspekte der therapeutischen Beziehung. Kollektive Übertragungsphänomene. Psychotherapie im Dialog, Nr. 5, 368–374 (mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlags, Stuttgart).

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit der Texte wird in diesem sowie allen weiteren Kapiteln im Folgenden die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

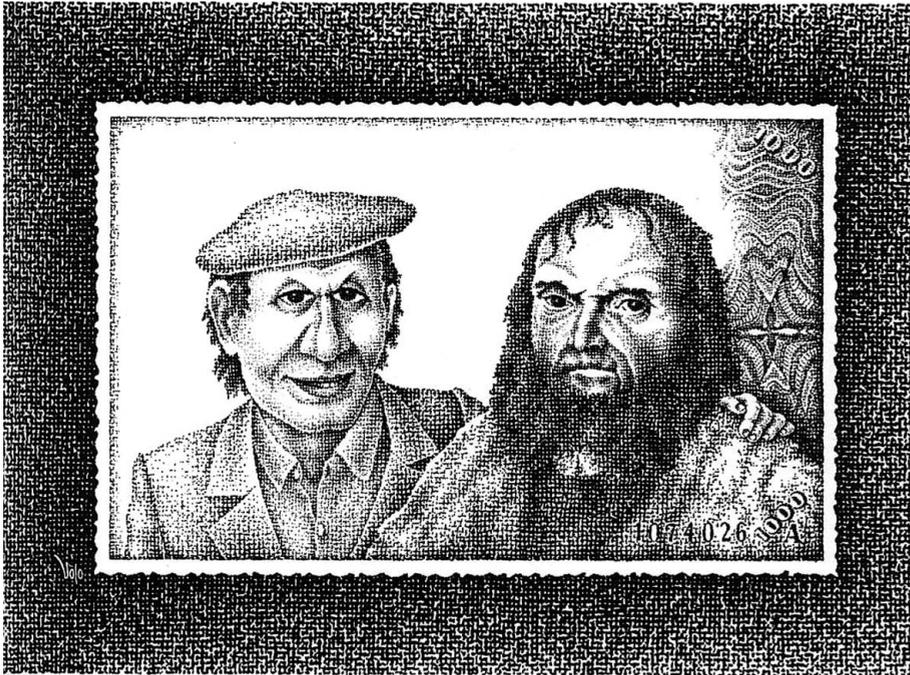


Abb. 1: Das Ziel vom schnell erlangten Reichtum bestätigte sich nicht. Es kam doch zu einem längeren „Aufenthalt“. – Zeichnung von Vojo Stankovic, aus: Die in der Fremde arbeiten ... Karrikaturisten aus Griechenland, Italien, Jugoslawien, Spanien und der Türkei zeichnen die Situation ihrer Landsleute in der Bundesrepublik. Herausgegeben von Birger Gesthuisen und Tina Jerman. Copyright und mit freundlicher Genehmigung des Abdrucks Trikont Verlag, Duisburg 1983.

Auch in den traditionellen Einwanderungsgesellschaften wie den USA und Kanada ist die Migration nicht zum Stillstand gekommen, hat sich jedoch verändert. Nachdem afrikanische Zwangsmigranten und Migranten aus Europa bis zum Zweiten Weltkrieg den größten Teil der Zuwanderer in die USA und nach Kanada darstellten, stehen inzwischen Migranten aus asiatischen und afrikanischen Entwicklungsländern an erster Stelle. Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit ethnischen und kulturellen Besonderheiten der neu Hinzugezogenen spielt sich jedoch unverändert auf vielen Ebenen ab, auch im Bereich der psychosozialen Dienste.

Salvendy (2001) weist darauf hin, dass die zunehmend heterogene Bevölkerung dieser Länder eine Neuorientierung nicht nur in gesellschaftlichen und kulturellen Formen, sondern auch der psychotherapeutischen Methoden erforderlich macht, die bisher vorwiegend auf den Wertvorstellungen der weißen, christlich-jüdischen Mehrheitsgruppe basierten. Scholz (2001) sieht sogar das Selbstwertgefühl des Individuums auf dem Prüfstand; in kulturell gemischten Gruppen müsse der Selbstwert als „ein Produkt sozialer Zugehörigkeit“ neu verhandelt werden.

Die Zuwanderung und die interkulturelle Begegnung stellen die Methodik der Psychotherapie vor grundsätzliche Fragen. Die erste Fragestellung bezieht sich auf die Wahrnehmung, Bewusstmachung und Lösung von Problemen der interkulturellen Beziehungsdynamik. Aus tiefenpsychologischer Sicht geht es hier um Übertragungs-

bereitschaften, die durch kollektive Erfahrungen der ethnischen Gruppe geprägt sind (Erim 2004). Die zweite Fragestellung befasst sich mit der Wirksamkeit westlicher Therapiemethoden bei Angehörigen anderer Kulturkreise bzw. der Notwendigkeit einer Erweiterung der „westlichen“ Methodik durch kultursensitive Interventionen (Pfeiffer 1991, Schreiber 1995, Köse 1995, Yilmaz 2001, Erim und Senf 2007).

Die Beschäftigung mit diesen Fragestellungen erfordert auch eine Auseinandersetzung mit den soziokulturellen Besonderheiten ethnischer Gruppen. In diesem Punkt ist mit der US-amerikanischen Schule um Mc Goldrick (1982) und mit Leyer (1991) die Ansicht zu vertreten, dass orientierende Kulturtypologien für die transkulturelle Psychotherapie legitim und unverzichtbar sind. Auch wenn sie teilweise Stereotypen Vorzug leisten, sind „ethno-sozio-kulturelle Leitfäden“ (Leyer 1991, 1995) in der praktischen Arbeit unverzichtbar. Aus diesem Grunde werden in diesem Buch in gesonderten Kapiteln die ethno-sozio-kulturellen Besonderheiten der deutschstämmigen Migranten aus den GUS-Staaten, der polnischen sowie der türkischen Gruppe und der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien dargestellt.

Das vorliegende Kapitel liefert einen Beitrag zu der Untersuchung dieser Fragestellungen und der Diskussion um die besonderen Voraussetzungen einer interkulturellen Psychotherapie. Die türkischstämmige Autorin leitet an der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik in Essen die Ambulanz und seit 1995 eine Spezialsprechstunde für türkeistämmige Migranten. Seit 1997 hat sie als Dozentin und Supervisorin am Aufbau eines psychotherapeutisch-psychoanalytischen Instituts, der Halime Odag Stiftung in Izmir, Türkei, mitgewirkt und greift auf diese Erfahrungen im interkulturellen Setting zurück. Die Auswahl der hier erwähnten Literaturbeiträge ist durch diese Erfahrungen geprägt und wurde im Hinblick auf ihre Anwendbarkeit bewertet.

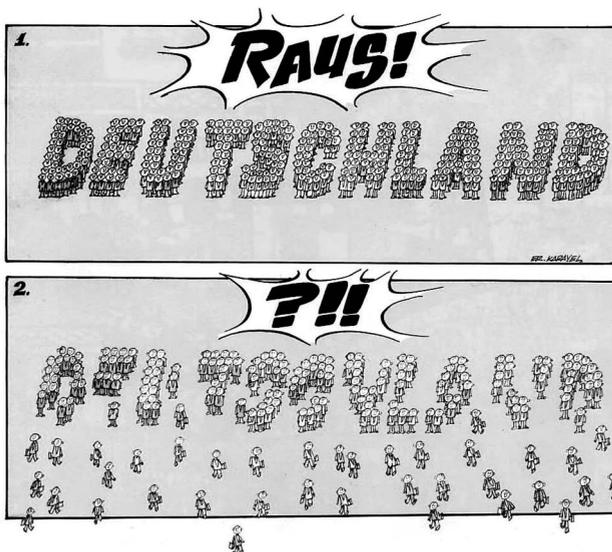


Abb. 2:
Ein ausländerfreies Deutschland ist heute auch aus volkswirtschaftlicher Sicht nicht mehr vorstellbar, da Migranten nicht nur als Arbeitskräfte, sondern auch als Konsumenten fehlen würden. – Zeichnung von Erdogan Karayel, aus: Die in der Fremde arbeiten ... Copyright und mit freundlicher Genehmigung des Abdrucks Trikont Verlag, Duisburg 1983.

1.2 Wer ist ein Migrant?

Die Frage, wer als ein Migrant zu betrachten sei, ist schwer zu beantworten. Für psychiatrisch-psychotherapeutische Zwecke in der Versorgung und Forschung empfiehlt sich eine umfangreiche Darstellung nach dem Geburtsland der Eltern und des Migranten selbst. Nach der Definition des Statistischen Bundesamtes werden alle Personen berücksichtigt, die nach 1949 in das heutige Gebiet der BRD zugewandert sind, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. Hiernach leben in Deutschland 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, das sind 18,3 Prozent der Bevölkerung bzw. 5,7 Millionen Privathaushalte. Hiervon sind ca. 47 Prozent Ausländer, ca. 32 Prozent zugewanderte Deutsche und ca. 21 Prozent haben einen ausländischen oder zugewanderten Elternteil (Statistisches Bundesamt 2008).

Die Gefühle von Sicherheit und sozialer Akzeptiertheit, die Migranten in der Aufnahmegesellschaft entwickeln, hängen auch von ihrem Aufenthaltsstatus ab. Während der Aufenthaltsstatus „Niederlassungsrecht“ dem Migranten fast alle Rechte und Pflichten bis auf das aktive und passive Wahlrecht zuspricht, ist eine Aufenthaltsgestaltung mit laufendem Asylverfahren oder der Status eines abgelehnten Asylbewerbers mit Duldung unvergleichbar belastend. Ein solcher Aufenthaltsstatus geht mit hohen psychischen Belastungen einher und macht eine tiefer gehende psychosoziale Integration des Migranten unmöglich.

Hilfreich ist auch eine Unterteilung in freiwillige (Arbeitsmigranten aus EU-Ländern und aus sogenannten „Drittstaaten“, ausländische Studenten, Heiratsmigranten, Migranten im Rahmen von Familiennachzug) und unfreiwillige Migranten. Unter unfreiwilligen Migranten sind die Gruppe der politischen Flüchtlinge, Kontingentflüchtlinge, jüdische Kontingentflüchtlinge und nicht dokumentierte Flüchtlinge zu betrachten. Die freiwillige Migration ist durch doppelstaatliche Abkommen, Arbeitsverträge, Akzeptanz der Universitäten etc. vorbereitet. In diesem Fall haben die Migranten vor der Einreise für einen sicheren Aufenthaltsstatus gesorgt. Die unfreiwilligen Migranten müssen ihren Aufnahmestatus im Gastland oft in jahrelangen administrativen und juristischen Auseinandersetzungen erkämpfen.

Lindert et al. (2008) stellten in einer Metaanalyse fest, dass die Prävalenzraten für Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Flüchtlingen im Vergleich zu Arbeitsmigranten um das Doppelte erhöht sind. Der Migrationsstatus sollte in der psychotherapeutischen Behandlung des einzelnen Migranten, aber auch in wissenschaftlichen Untersuchungen, als ein wichtiger Prädiktor möglicher psychischen Belastungen unbedingt ausführlich erfasst werden.

Die Zuwanderung, die aufgrund von Ehen mit Landsleuten ihre Fortsetzung findet, spielt in der türkischen Gruppe eine wesentliche Rolle. Nach Zahlen des Zentrums für Türkeistudien in Essen wandern jährlich 16 000 türkische Staatsangehörige nach der Eheschließung mit türkischstämmigen Migranten als deren Ehepartner nach Deutschland ein. Diese Gruppe stellt die größte Gruppe der neuen Zuwanderer dar. Unbestreitbar ist, dass sich die Anpassungsprozesse der Migration durch den Zuzug von Heiratsmigranten wiederholen und der Migrationsstress über Generationen hinweg die Familien beeinflusst. Möglicherweise sind die schulischen Leistungen der türkischen Kinder, die hinter denen der Kinder mit anderem Migrationshintergrund zurückbleiben, durch diesen anhaltenden Anpassungsprozess zu erklären.

1.3 Migration und psychische Krankheit: Vom Defizit zur Ressource

In der psychiatrischen Literatur (z.B. Häffner et al. 1977, Binder und Simoes 1978) ist die Migration aufgrund der Einflüsse, wie der Trennung von der Familie, dem gewohnten kulturellen Umfeld und der sprachlichen und sozialen Isolierung im Gastland oft unter der Vermutung eines erhöhten Erkrankungsrisikos für Migranten diskutiert worden. In einer der wenigen prospektiven Untersuchungen haben Häffner et al. (1977) 200 Gastarbeiter bei ihrer Ankunft in Deutschland untersucht sowie drei und 18 Monate später. Drei Monate nach der Migration wurden bei einem Viertel der Gastarbeiter psychische Auffälligkeiten, insbesondere depressive Syndrome festgestellt, nach 18 Monaten wurde ein Drittel der Stichprobe als psychisch krank eingeordnet, wobei überwiegend psychosomatische Störungen vorlagen. Entsprechend der damaligen Vorstellung von „Arbeitskräften“, die nach einem zeitlich begrenzten Aufenthalt in ihr Land zurückkehren, diskutierten die Autoren noch über die Notwendigkeit einer „partiellen Akkulturation“. Eine Zusammenführung mit den Familien und daraus entstehende mögliche positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Migranten wurden nicht einmal in Betracht gezogen.

In ihrer Übersichtsarbeit hebt Boos-Nünning (1998) hervor, dass Migranten immer wieder ein höheres Gesundheitsrisiko und eine höhere Anfälligkeit für Krankheitsbilder zugeschrieben wurden, bis heute jedoch epidemiologische Untersuchungen fehlen, die einen Vergleich unauffälliger (türkischer) Migranten mit der einheimischen Normalbevölkerung ermöglichen. Die meisten Studien zur Prävalenz von Störungsbildern bei Migranten untersuchten Inanspruchnahmepopulationen. Lindert et al. (2008) fassten in einer Metaanalyse die Vorkommenshäufigkeit von Depressivität, Angst und posttraumatischer Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen zusammen. Unter den empirischen Studien, die die Einschlusskriterien erfüllten und in die Metaanalyse aufgenommen wurden, befindet sich keine einzige aus Deutschland.

Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich gab es einerseits Untersuchungen (Steinhausen 1982, Remschmidt und Walter 1990), die nahelegten, dass Migrantenkinder eine besondere Risikogruppe für psychische Störungen sind. In der repräsentativen Marburger Feldstudie (Remschmidt und Walter 1990) wurde bei ausländischen Kindern anhand der Child Behavior Checklist eine Symptomprävalenz von 27,3 Prozent gegenüber 12,2 Prozent bei einheimischen Kindern gemessen. Andererseits konnten neuere Untersuchungen, die schwerpunktmäßig auf protektive Faktoren in der psychischen Entwicklung und Resilienz der Familien fokussierten, bei ausländischen Familien jedoch auch viele Ressourcen im Sinne von alternativen Bewältigungsstilen und durchgemachten Lernprozessen feststellen (Nauck 1985, Schepker 1998, Schepker et al. 1999). Mit ihrem Lehrbuch der transkulturellen Kinder- und Jugendpsychiatrie (2009) legten Schepker und Toker ein systematisches, umfassendes, ressourcenorientiertes Werk vor, das eine wesentliche Lücke in diesem Bereich füllen wird. Besondere Beachtung finden dort die Untersuchung des Inanspruchnahmeverhaltens der Migranten sowie die spezifischen Aspekte in der Befunderhebung bei dieser Klientel.

Anfang der 1990er Jahre meldeten sich in Deutschland interkulturelle Therapeutenteams, z.B. aus Beratungsstellen für Migranten, und auch bilinguale Psychotherapeuten zu Wort. Güc (1991) unterstrich aus familientherapeutischer Sicht die Notwendigkeit, Kenntnis über die biographischen Besonderheiten von Migranten, insbesondere die Anpassung der Familie an den „Wanderungsprozess“, zu haben. Für

ein umfassendes Verständnis der Migrantenfamilie sei die Untersuchung der familiären Beziehungen, beginnend mit der Situation im Heimatland, notwendig. Eine ausführliche Darstellung der systemisch-psychoanalytischen Methode von Güc bildet ein weiteres Kapitel dieses Buches. Ähnlich betonte Akgün (1991) den hohen Stellenwert der Familie in der türkischen Gesellschaft. Yilmaz (1997) konnte in einer empirischen Untersuchung ein Bedingungsgefüge zwischen Anpassungsdruck, Gewaltbereitschaft der Ehemänner und psychiatrischer Auffälligkeit von Migrantinnen darstellen. Unter Migrantinnen, die mit der Diagnose einer Anpassungsstörung in der psychiatrischen Universitätspoliklinik in Basel behandelt wurden, lebten Gewaltopfer weniger häufig in einer Großfamilie, waren häufiger berufstätig, und der Abstand des Migrationszeitpunktes zwischen den Partnern war größer als in der Gruppe ohne Gewalterfahrung. In der Krise unternahmen die von Gewalt durch den Partner betroffenen Frauen häufiger Suizidversuche. Atabay (2001) geht von einer hohen Gewaltbereitschaft gegenüber den Kindern in Migrantenfamilien aus und führt diese auf die mit der Migration veränderte Lebenssituation zurück, z.B. fehlende soziale Unterstützung durch die Großfamilie und die soziale Benachteiligung der Familien. Er plädiert für präventive sozialpädagogische Maßnahmen, sogenannte „Elternschulen“ zur Unterstützung junger Eltern.

Schepker, Toker und Eberding (1999) stellten bei Migrantenfamilien im Ruhrgebiet fest, dass diese im Sinne eines Polypragmatismus westliche und traditionelle Lösungsversuche nebeneinander einsetzen. Dem Migrationsstatus an sich sei keine pathogene Wirkung zuzuschreiben, vielmehr würden der Migration die Probleme attribuiert, die mit den beschränkten Entwicklungschancen in der Aufnahmegesellschaft zusammenhängen.

In USA beschrieben Tang und Gardner (1999) sowie Holmes (1992) für die interkulturelle und interethnische Psychotherapie eine ähnliche Entwicklung von der Defizit- zur Ressourcenorientierung. Zuerst seien kulturelle und ethnische Unterschiede zwischen Patient und Therapeut ausschließlich als Behandlungsproblem angesehen worden. Autoren wie Kardiner und Ovesey (1951) oder Karon (1958) seien so weit gegangen, dass sie eine „Negerpersönlichkeit“ (negro personality, Karon 1958) beschrieben und sogar behaupteten, die Zugehörigkeit zu einer isolierten und diskriminierten Gruppe führe zur Ausprägung von Persönlichkeitszügen wie niedrigem Selbstwertgefühl, Apathie, Bindungsängsten, Misstrauen, fehlender Impulskontrolle und zu einer Orientierung an gegenwärtiger Bedürfnisbefriedigung. Diese Autoren hätten der „schwarzen Persönlichkeit“ eine gewisse Ich-Schwäche zugeschrieben. Erst nach der politischen Emanzipation der 1960er Jahre sei ein differenzierter Umgang mit interethnischen Problemen möglich geworden.

Schachter und Hugh (1968) waren die ersten Psychoanalytiker, die anhand von ausführlichen Kasuistiken belegten, dass ethnisch unterschiedliche Zugehörigkeiten von Patient und Therapeut nicht regelhaft eine Einschränkung für den analytischen Prozess bedeuten und manchmal diesen sogar beschleunigen können. In ihrer Arbeit beschrieben diese Autoren die Analyse eines „weißen“ Patienten durch einen „schwarzen“ Analytiker sowie die Analyse eines „schwarzen“ Patienten durch eine „weiße“ Analytikerin. In beiden Kasuistiken konnten sie zeigen, dass die ethnisch geprägten stereotypen Erwartungen der Patienten, wenn sie sich affektiv mit deren Übertragungsbereitschaft deckten, in der interethnischen Psychotherapie besonders effektiv bearbeitet werden konnten. Der analytische Prozess wurde auf diese Weise durch die ethnischen Unterschiede „katalysiert“.

König (2001) führt aus, dass die Wahrnehmung von Heterogenität in Gruppen grundsätzlich auch von ihrer Bejahung abhängt. Erst nachdem genügend Sicherheit für

die „machtunterlegene Position“ geschaffen wurde, können bestehende Unterschiede „bewusstseinsfähig“ und „ansprechbar“ werden. Die Tatsache, dass in Deutschland seit den 1990er Jahren die Perspektive der „Betroffenen“, nämlich der Migranten, z.B. durch ethnische muttersprachliche Psychotherapeuten immer deutlicher dargestellt werden konnte, ist sicherlich auch im Zusammenhang mit einer größeren Akzeptanz der Zuwanderung in der Öffentlichkeit zu sehen.

Insgesamt zeichnet sich im psychotherapeutischen Verständnis der Migration eine Entwicklung von defizitorientierten zu ressourcenorientierten Konzepten ab. Die Migration ist als wichtiges und sicherlich belastendes Lebensereignis anzusehen, das jedoch nicht regelhaft zu psychischen Problemen führen muss und auch eine Bereicherung sein kann, indem sie dem Individuum neue Handlungsräume eröffnet.

2 Modelle psychischer Entwicklung in der Migration

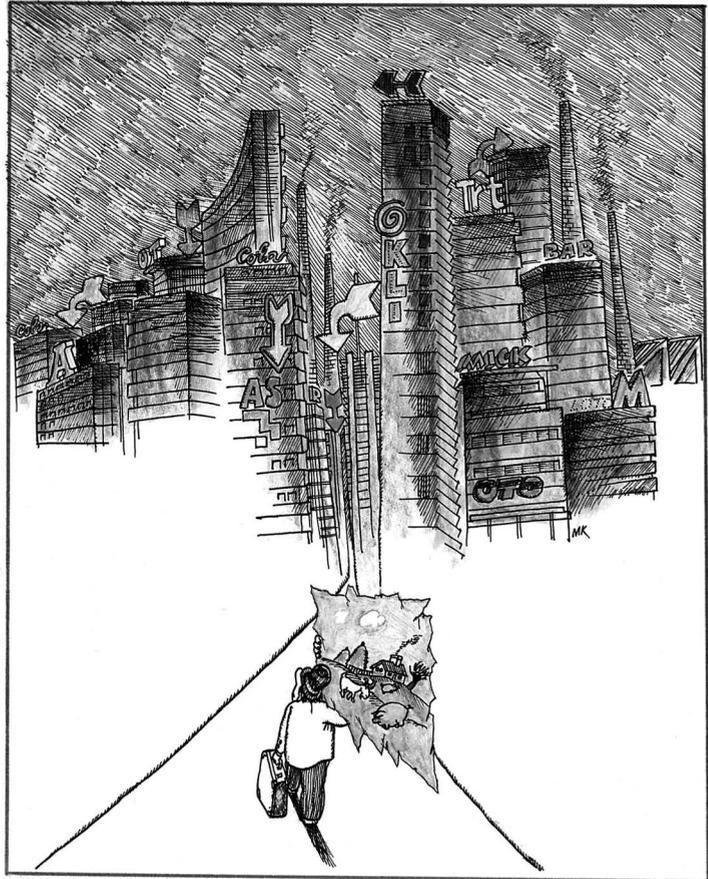
In der Psychotherapie-Literatur fanden kulturspezifische und interkulturelle Aspekte eine erst sehr späte Reputation, obwohl viele Psychoanalytiker selbst Migrationschicksale erlebten. Eine Ausnahme bildet die Monographie des Ehepaares Grinberg (1984, deutsche Übersetzung 1990). Hier wird die Migration als ein Trauma oder eine Lebenskrise verstanden. Die Grinbergs beziehen sich auf das Modell von Garza-Guerrero (1974), das die psychische Entwicklung in der Migration in drei Phasen beschreibt. In der ersten Phase würden die Unterschiede zwischen den neuen Objekten und der psychischen Repräsentanz der verlassenen Kultur deutlich, in der zweiten Phase würde das Individuum durch Trauerarbeit für die Besetzung der neuen Objekte frei und entwickle schließlich in der dritten Phase ein neues Selbstkonzept.

Zur Bewältigung des kulturellen Wandels in der Migration wird ein breites Spektrum von Mechanismen beschrieben, die von einer Überbetonung und Idealisierung der ethnischen Wertvorstellungen des Herkunftslandes bis hin zu einer völligen Aufgabe dergleichen reichen und zur unkritischen zwanghaften Annahme neuer kultureller Normen. So stellte z.B. Güc (1991) die „traditionell verstrickte“, die „überangepasste“, die „gespaltene“ und die „vom Zerfall bedrohte“ Familie als typische Konstellationen in der missglückten Problembewältigung von Migrantenfamilien dar. Kürsat-Ahlers (1995) beschrieb ein Phasenmodell der Migration, an dessen Ende idealtypisch eine Bereicherung der Identität stehe, aufgrund der guten Synthese- und Kritikfähigkeit nach der Bewältigung der Migration und Integration der zwei Kulturen.

Bhugra (2004) kommt nach einer Disputation der vorliegenden Literatur zu dem Schluss, dass die Migration einen intensiven Stress auslösen kann, jedoch nicht alle Migranten den gleichen Prozess durchlaufen. Ein wichtiger Aspekt, der den Erfolg einer Migration bestimmt, ist nach seiner Ansicht die Phase der Prämigration. Darunter versteht der Autor die sozialen Kompetenzen, das Selbstbild und die psychische Stabilität des Migranten vor der Migration. Nach Bhugra spielt der Aspekt der selbst gewählten gegenüber einer unfreiwilligen Migration eine entscheidende Rolle. Eine unfreiwillige Migration, z.B. im Sinne einer Flucht, wird als wesentlich belastender angesehen als eine geplante und gewollte Umsiedlung. Auch die geographische Distanz vom Ursprungsland sei bedeutsam. Eine Migration in ein Land mit einer völlig unterschiedlichen Kultur und Mentalität als die des Heimatlandes ist belastender und schwerer zu verarbeiten.

Abb. 3:

In der frühen Phase der Anpassung in dem neuen Land ist der Migrant noch mit den alten Objekten aus seiner Heimat und deren Repräsentanzen beschäftigt. Das kann ihm den Blick für wichtige neue Objekte in der neuen Umgebung versperren. – Zeichnung von Milenco Kosanovic, aus: Die in der Fremde arbeiten ... Copyright und mit freundlicher Genehmigung des Abdrucks Trikont Verlag, Duisburg 1983.



In der Postmigrationsphase bestimmt das Zusammenspiel von positiven und negativen Erfahrungen in dem neuen Land den Erfolg der Migration. Zu den negativen Erfahrungen zählen unter anderem Diskriminierungen, Arbeitslosigkeit, Verlust sozialer Kontakte, Armut etc. Häufig müssen bei einer erzwungenen Migration gut ausgebildete und qualifizierte Fachkräfte eine Berufstätigkeit unter ihren Fähigkeiten akzeptieren. Es liegt eine große Diskrepanz zwischen dem Erreichten und dem vorgenommenen Migrationsziel vor. Personen, die alleine, ohne andere Familienangehörige in ein fremdes Land migrieren, haben es schwieriger in dem neuen Land zurechtzukommen, da ihnen der emotionale Rückhalt und Schutz der eigenen Familie fehlt. Zusätzlich kommt häufig hinzu, dass sie dem Druck ausgesetzt sind, die Erwartungen der Familienmitglieder im Heimatland zu erfüllen. Weiterhin wird der Grad der nötigen kulturellen Anpassung, der Akkulturation durch die Unterschiedlichkeit bzw. Ähnlichkeit der Kulturen zwischen Herkunftsland und Gastland bestimmt. Je ähnlicher sich beide Kulturen sind, desto geringer ist die Notwendigkeit, sich anzupassen.

Bhugra (2005) behauptet, dass persistierende Probleme der kulturellen Adaptation mit einem höheren Risiko für Probleme der psychischen Gesundheit assoziiert seien. Er unterscheidet zwischen individualistischen und kollektivistischen Kulturen. Beim Individualismus stehen Autonomie, emotionale Unabhängigkeit, individuelle

Initiative, Recht auf Privatsphäre und finanzielle Sicherheit im Vordergrund. Beim Kollektivismus spielen kollektive Identität, gegenseitige emotionale Abhängigkeit, Solidarität, Teilen, Pflichten, Stabilität etc. eine große Rolle. In einer kollektivistischen Kultur wird Traditionalismus unterstützt, Gruppeninteresse und Kompromisse sind wichtige Bestandteile. In einer individualistischen Kultur sind Liberalismus, Leistung und Gleichheit von großer Bedeutung. Bhugra weist auf Studien hin, die zeigen konnten, dass Menschen aus kollektivistischen Kulturen in individualistischen Ländern hohe Raten an Angststörungen, Depressionen und Alkoholabhängigkeit entwickeln. Vor allem Migranten aus kollektivistischen Ländern, die sich diskriminiert und isoliert fühlen, seien für psychische Erkrankungen vulnerabel. Bhugra behauptet schließlich, dass Personen aus individualistischen Kulturkreisen größere Fähigkeiten haben, neue soziale Gruppen zu betreten und neue soziale Kontakte zu knüpfen.

Die Identitätsentwicklung in der Migration beschreibt Akhtar (1995, 2007) als eine dritte Individuation nach den Phasen der Separation-Individuation (Mahler et al. 1975) und dem zweiten Individuationsprozess während der Adoleszenz (Blos 1967). Er verdeutlicht, dass es hier nur um eine phänomenologische Ähnlichkeit beider Prozesse geht und die Migranten natürlich wesentliche Schritte ihrer psychischen Entwicklung abgeschlossen haben, wenn sie ins Aufnahmeland kommen. Der Terminus „dritte Individuation“ beziehe sich auf eine Reorganisation der Identität im Erwachsenenalter. Er beschreibt, dass der Migrant, der in eine kulturell unterschiedliche Umgebung kommt, verschiedenen psychischen Belastungen in den neuen Objektbeziehungen ausgesetzt sein wird. Ein Migrant aus einer individualistischen Heimatkultur könne sich z.B. in einer Umgebung wie Japan, in der die Gruppenzugehörigkeit eine Gratifikation erfährt, unter Druck gesetzt fühlen. Migranten aus einer „sexuell repressiven“ Kultur, z.B. aus einem arabischen Land, könnten in einem westlichen Land im Kontakt zu zugewandten freundlichen Frauen unter „unangenehmen“ Triebdruck geraten. Eine Frau mit einer ähnlichen Migrationsgeschichte könne westliche Frauen als aggressive ödipale Rivalinnen erleben. Alle beschriebenen Situationen würden die psychische Stabilität oder die Ich-Stärke der Migranten auf den Prüfstand stellen. Akhtar beschreibt, dass in diesem Zustand der Destabilisierung nach der Begegnung mit der neuen Kultur eine Auseinandersetzung mit der Heimat- und der Aufnahmekultur, mit alten wie neuen Objekten beginnt, wobei auf diese Objekte Elternimages übertragen werden. In dieser Phase werde das mütterliche und das väterliche Objekt abwechselnd idealisiert, d.h. das Heimat- und das Aufnahmeland idealisiert, bis schließlich die Idealisierung zurückgenommen und eine realistische, in diesem Sinne ambivalente Haltung gegenüber beiden Objekten entwickelt wird. Gleichzeitig habe der Migrant auch seine Nähe und Distanz zu der alten und der neuen Kultur zu regulieren.

Schließlich gehe es um die Wahrnehmung von Verlust und um Trauerarbeit. Migranten, die die Veränderungen und Verluste in ihrer neuen Umgebung nicht wahrnehmen wollten, entwickelten die Phantasie des „verlorenen Paradieses“, wobei die alte Heimat idealisiert werde. Zur weiteren Integration in die neue Kultur gehöre neben deren Erlernen und Beherrschen auch die Übernahme neuer Über-Ich-Gebote. Wie in der Adoleszenz käme es durch eine Überflutung des Ich durch neue Impulse zu einer Destabilisierung, mit der Annahme neuer Regeln, hier der Regeln der neuen Kultur, zu einer Stabilisierung. Auch wenn in einem Migranten die neue, permissivere Kultur zuerst Angst auslöse, könne in einer prozesshaften Entwicklung, die mit einer „Besänftigung“ des eigenen Über-Ich einhergeht, ein neues Gleichgewicht erreicht werden.

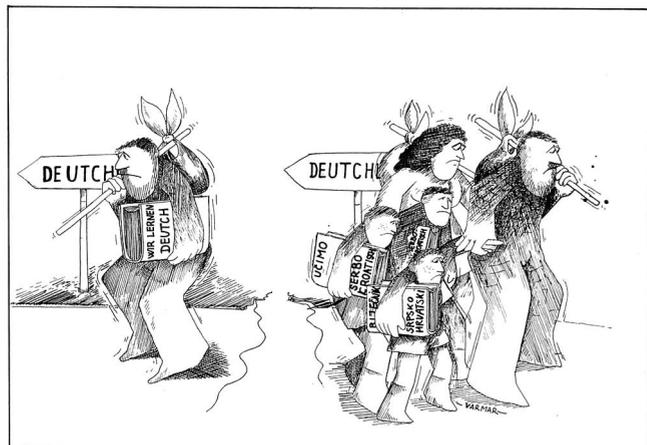
Akhtar beschreibt auch die Relevanz des Erwerbs neuer sprachlicher Fähigkeiten. Durch Verbindungen zu frühen Mutterrepräsentanzen bleibe die Muttersprache zuerst idealisiert, in der Wahrnehmung des Migranten der neuen Sprache „überlegen“. Die neue Sprache werde als schwach und unverständlich entwertet. Eine echte Bilingualität, bei der beide Sprachen gleichberechtigt benutzt werden können, entstehe erst spät, könne aber ein Indiz für eine weit gediehene Identitätsentwicklung in der Migration angesehen werden. Akhtar verweist hier auch darauf, dass unterschiedliche Repräsentationen des Selbst an den Gebrauch unterschiedlicher Sprachen gekoppelt sein können. In Anlehnung an Amati-Ehler (1993) wird verdeutlicht, dass die Bilingualität eine Bereicherung sein, eine neue Sprache neue Möglichkeiten der „inneren Welt des Selbst“ eröffnen kann. Die Zweisprachigkeit eröffne aber auch Möglichkeiten des Widerstands in der Therapie und der Spaltungen der Selbstrepräsentanzen (s. hierzu auch „Bikulturalität und Abwehr: Die tiefenpsychologische Behandlung einer Migrantin“ in diesem Buch).

Auch Machleidt (2004) sieht die psychischen Anpassungsprozesse in der Migration als eine besondere Form der psychosexuellen Entwicklung und Reifung an. Er beschreibt die Parallelität zwischen der Persönlichkeitsentwicklung während der Pubertät und in der Migration dahingehend, dass es durch die neuen Impulse in der Pubertät oder die neuen Objekte und Reize in der kulturfremden Umgebung zu einer Reizüberflutung und einer Krise kommt. Das Neustrukturieren und Sortieren von Beziehungen während dieser Krise bietet nach Machleidt die Möglichkeit, neue Normen und Verhaltensgewohnheiten zu akzeptieren, was zu einer Bereicherung der Persönlichkeit des Migranten führe.

3 Sprach- und Verständigungsprobleme: Der Einsatz von Dolmetschern

Wenn ein einheimischer Psychotherapeut einen Patienten anderer Ethnie behandelt, taucht zuerst die Frage nach Möglichkeiten der sprachlichen Verständigung auf. Es muss geklärt werden, ob die Sprachkenntnisse des Patienten für die Verständigung über emotionale Inhalte und das Errichten eines therapeutischen Bündnisses aus-

Abb. 4:
Die kulturelle Auseinandersetzung der ersten Generation mit der Aufnahmekultur erfährt in der Identitätssuche der jungen Migrantengeneration eine Neuaufgabe, nur geht die Suche dieses Mal in das Heimatland der Eltern. – Zeichnung von Varovic Marijan, aus: Die in der Fremde arbeiten ... Copyright und mit freundlicher Genehmigung des Abdrucks Trikont Verlag, Duisburg 1983.



reichen. Toker (1998) betont die Probleme beim Einsatz von Dolmetschern in der Psychotherapie und plädiert dafür, in Deutschland Patienten aus einer der größeren ethnischen Gruppierungen an einen muttersprachlichen Psychotherapeuten weiter zu verweisen, wenn kulturspezifische oder Verständigungsprobleme vorliegen. Bei der Behandlung eines Flüchtlings in einer akuten psychischen Krise werde man die erschwerte psychotherapeutische Beziehungsaufnahme durch die Vermittlung eines Dolmetschers in Kauf nehmen müssen, wenn es in der Umgebung keine Therapeuten gibt, die die Muttersprache des Patienten beherrschen. Ausgehend von der Behandlung eines chinesisch sprechenden Patienten durch einen englisch sprechenden Psychotherapeuten mit Hilfe eines Dolmetschers, forderten Baxter und Cheng (1996) die Supervision durch einen bilingualen Psychotherapeuten bei übersetzten Psychotherapien.

Leyer (1991) beschrieb in ihrer maßgeblichen Arbeit, zu welchen Verwicklungen der Einsatz von Dolmetschern in der Psychotherapie führen kann. Es kann passieren, dass Dolmetscher Fragen oder Bemerkungen von Therapeut oder Patient, die sie als peinlich betrachten, zurückhalten oder, um ihren Kulturkreis in einem besseren Licht erscheinen zu lassen, entsprechende Antworten geben, ohne die Frage an den Patienten weiterzuleiten. Inzwischen gibt es spezialisierte Ausbildungswege für Sprach- und Kulturmittler. Leider ist der Aufwand, einen Dolmetscher für eine Psychotherapie zu engagieren, so groß, dass es in der Realität äußerst selten zu übersetzten Therapien kommt. Anträge an den Träger der Institution oder an die Krankenkasse zu schreiben, schreckt die Behandler in der Regel ab. Erfahrungen mit dem Einsatz von Dolmetschern bestehen eher in der Behandlung von Flüchtlingen, die dringend einer Psychotherapie bedürfen und in einer der gängigen westlichen Sprachen nicht zu erreichen sind. Administrative Aspekte wie die Grundsätze der Kostenübernahme und die Bedeutung von Dolmetscherdiensten in der kulturellen Öffnung der Institutionen werden gesondert besprochen (s. Begher und Gün in diesem Buch).

4 Interkulturelle Diagnostik

Psychische Probleme bei Migranten werden in der Primärversorgung oft erst zu spät erkannt. Auch bei manifesten schwerwiegenden Verhaltensstörungen kann die diagnostische Einschätzung durch sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme erschwert sein.

Odell et al. (1997) untersuchten die Inanspruchnahmeklientel von allgemeinärztlichen Praxen in West Birmingham und stellten fest, dass bei Patienten asiatischer Herkunft und bei schwarzen Patienten psychologische Probleme weniger häufig erkannt wurden als bei weißen Patienten. Die psychologischen Probleme bei Migranten wurden eher erkannt, wenn sie mit sozialen Problemen einhergingen oder die Patienten eine psychiatrische Vorgeschichte hatten. Eine komorbide somatische Erkrankung verhinderte die Feststellung psychischer Probleme.

Haasen et al. (2000) konnten in einer empirischen Untersuchung die Schwierigkeiten der psychiatrischen Diagnostik bei nicht ausreichenden Sprachkenntnissen der Patienten belegen. Sie verglichen die Untersuchungsergebnisse eines einheimischen und eines bilingualen Psychiaters nach Interviews mit Patienten türkischer und deutscher Herkunft mit einem paranoid-halluzinatorischen Syndrom. Die diagnostische