ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für soziale Psychiatrie

1 2011
Februar
März
April
29. Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

Psychisch krank in der Fremde

Kulturelle Zerrissenheit: ein Krankheitsrisiko

Missverständnisse: Kulturfallen im Alltag

Liebe Leserinnen und Leser,

Das neue Heft der Kerbe liegt Ihnen in neuer Gestalt und Aufmachung vor. Nach 10 Jahren haben sich Herausgeber und Redaktion dazu entschieden, das Heft in seiner Erscheinung ansprechender und lesefreundlicher zu gestalten. Die Form soll den Inhalt unterstützen und nicht modisch dominieren. Insofern hoffen wir, die vielfältigen spannenden Inhalte unserer Kerbe Ihnen in einladender Weise zu präsentieren und Ihre Lesefreude zu erhöhen. Über Zuschriften und Rückmeldungen zu Form und Inhalt unseres neuen Hefts würden wir uns freuen!

Mit besten Grüßen
Jürgen Armbruster

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund
Cornelia Oestereich, Seite 4

Das Bewusstsein von Fremdheit
Corinna Ter-Nedden, Seite 8

Psychisches Leiden und psychiatrische Behandlung von Menschen aus dem islamischen Kulturkreis
Leitsätze für die Praxis
Ibrahim Rüschoff, Seite 11

Heiler und Geheilte
Psychische Erkrankung und Therapie in afrikanischer Perspektive
Arne S. Steinforth, Seite 13

Psychische Probleme und Erkrankungen der „Russlanddeutschen“
Vitalij Kazin, Seite 16

Kulturelle Zerrissenheit als Krankheitsrisiko?
Eine migrationspädagogische Erweiterung der Kulturkonfliktthese
Andreas Foitzik, Seite 19

Kultur(un-)sensible Diagnostik und Therapie
Voraussetzungen und Erfordernisse der sozialpsychiatrischen Praxis
Meryam Schouler-Ocak und Simone Penka, Seite 22

Verstehen nicht möglich?
Methodenkompetenz transkultureller Gemeindepsychiatrie
Martin Vedder, Seite 26

Typische Missverständnisse
Kulturfallen im klinischen Alltag
Solmaz Golsabahi, Seite 29

Wie wird Migration erlebt?
Traumatisierung durch Migration und Gewalterfahrungen
Hajo Engbers, Seite 32

35 Spectrum

Experienced Involvement EX-IN
Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener als Experten aus Erfahrung
Ramona Freitag, Seite 35

Aus der Antipsychiatrie ins Großkrankenhaus
Soteria am Klinikum München-Ost
Roswitha Hurtz, Seite 38

Integriert versorgen im Verbund
Ein Lösungsweg gestaltender Gesundheitspolitik
Susanne Schäfer-Walkmann, Seite 41

44 Nachrichten

46 Termine

Titelfoto: Lothar Nahler

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Für die Sozialpsychiatrie sind der Umgang mit Migrant/-innen und die dazugehörige kultursensible Haltung schon von Beginn an alltagspraktisch besonders wichtig und stellen eine immer wieder zu reflektierende Aufgabe dar. Seit über 20 Jahren ist diese Thematik Bestandteil der sozialpsychiatrischen Debatte. Unverändert ist die therapeutische Begleitung und Unterstützung psychisch kranker Menschen mit Migrationshintergrund eine Herausforderung geblieben nicht zuletzt durch die wachsende Zahl von Menschen unterschiedlichster Herkünfte.

Die Verknüpfung von Nähe und Fremdheit, von Selbstverständlichem und Ungewohntem, von Bekanntem und Irritierendem, von nicht so leicht verstehbarem und nachvollziehbarem Verhalten, von nahen und fremden Kulturen („Fremde Nähe“) stellt eine grundlegende Konstante in der Sozialpsychiatrie dar.

Im vorliegenden Heft geht es uns vorrangig um die Frage der Kultursensibilität in der Praxis der (Sozial-)Psychiatrie. Die Notwendigkeit von kultursensiblem Verhalten wird dort besonders augenfällig, wo Menschen aus anderen Kulturkreisen die Hilfen der hiesigen Sozialpsychiatrie in Anspruch nehmen.

Hier ist die Fremdheit in der zwischenmenschlichen Begegnung, im wechselseitigen Verstehen, im Umgang mit Strukturen und Institutionen offensichtlich. Sie wirkt sich aus auf Selbst- und Fremdzuschreibung von psychischer Gesundheit und Krankheit, auf das Vertrauen auf kulturspezifische Heil- und Behandlungsverfahren. Das Erleben von Fremdheit ist in der sozialen und in der psychiatrischen Begegnung grundsätzlich vorhanden und wird im Zusammen- und Aufeinandertreffen füreinander „exotischer“ Kulturen besonders deutlich. Sich diese Kategorien in der Praxis bewusst zu halten, gehört zur Kompetenz psychosozialer Arbeit. Dies bezieht sich auch auf kulturelle Begegnungen zwischen Großstadt und ländlicher Region oder zwischen Menschen verschiedener Altersgruppen und sozialer Bezüge.

Es geht in diesem Heft nicht darum, allen Verästelungen dieser hochkomplexen Thematik zu folgen. Vielmehr werden wir uns mit besonders kontrastreichen und praktisch relevanten, weil häufig vorkommenden und als problematisch erlebten Aspekten von Interkulturalität befassen. Dabei steht der Gesichtspunkt der praktischen Bedeutsamkeit des hier Beschriebenen im Vordergrund, dies aber nicht unter Vernachlässigung der diese begründenden und für die Handlungslegitimation relevanten Konzepte und Theorien.

Zu Beginn findet die Leserin und der Leser zum Thema hinführende Beiträge vor. Konkrete praxisorientierte und -bezogene Beiträge folgen. Bei den Autoren handelt es sich ausnahmslos um Menschen, die intensiv und engagiert in die Thematik involviert sind. Wer sich vertiefter mit der jeweiligen Thematik der Beiträge beschäftigen will, den verweisen wir auf die zahlreichen Veröffentlichungen die Autorinnen und Autoren, da es sich innerhalb des Spektrums unseres Schwerpunkthefts immer nur um Annäherungen handeln kann.

Johannes Peter Petersen
Klaus Obert

Nachruf

Wir trauern um Dr. Ulrich Müller. Von 1997 bis 2006 hat er als Mitglied unserer Redaktion die Entwicklung der Kerbe ganz wesentlich mit geprägt. Bis zu seinem Ruhestand war er Leiter der Forschungsstelle Psychiatrische Soziologie des LVR Klinikums Düsseldorf. Wir haben seine einfühlsame Art, seinen breiten geistigen Horizont, seinen Mut und seine Kreativität immer sehr geschätzt und haben ihn nach seinem Ausscheiden aus der Redaktion vermisst. Die Nachricht von seinem Tod am 5. Dezember 2010 erreichte uns in der abschließenden Arbeit an diesem Heft. Diese Ausgabe der Kerbe sei ihm gewidmet. Das Thema der transkulturellen Psychiatrie lag ihm immer in ganz besonderer Weise am Herzen.

Für die Redaktion
Jürgen Armbruster

Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationserfahrungen

Anforderungen an eine kultursensible Gestaltung psychiatrischer Hilfen

Von Cornelia Oestereich

Ausgehend von aktuellen epidemiologischen Erkenntnissen verweist der Beitrag auf den sozialen Bezugsrahmen moderner interkultureller Ideen. Die Forderung nach Öffnung der psychiatrischen Institutionen der Regelversorgung wird vertreten. Systemisches Denken und systemische Konzepte fördern die Entwicklung integrierender, statt ethnospezifischer interkultureller Behandlungskonzepte in der psychiatrischen Versorgung. Eigene Erfahrungen in interkulturellen Behandlungskontexten werden dargestellt und Anforderungen an eine kultursensible Gestaltung psychiatrischer Hilfen formuliert.

Cornelia Oestereich
ist Chefärztin der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie der KRH Psychiatrie sowie Ärztliche Direktorin der Klinik.

Migration wird endlich als ein gesellschaftliches Thema wahrgenommen, mit dem es sich gerade auch im Rahmen der psychosozialen und psychiatrischen Regelversorgung auseinanderzusetzen gilt.

Einführung

Wir leben in einem Einwanderungsland. Ca. 20 % (Statistisches Bundesamt 2006) der in Deutschland Bevölkerung haben einen Migrationshintergrund. Sie sind entweder im Ausland geboren oder haben mindestens einen Elternteil, für den das zutrifft. In einigen Ballungsräumen liegt der Anteil deutlich darüber; in Einrichtungen des Schulwesens und der Kinder- und Jugendhilfe werden vielfach Prozentzahlen über 50 % erreicht. Im öffentlichen Gesundheits- und Sozialwesen jedoch wird deutlich, dass der Zugang hierzu bisher nicht in gleicher Weise selbstverständlich ist wie für die deutschstämmige Bevölkerung, wenngleich Untersuchungen von Koch et al (2008) zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund stationär-psychiatrische Einrichtungen entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil in Anspruch nehmen. Hierbei stellen sich allerdings deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Bereichen dar – ein hoher Anteil in den forensischen und ein niedriger Anteil in den psychotherapeutischen Abteilungen, sowie, überraschender Weise, eine niedrigere Inanspruchnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Machleidt u. Callies (2005) wiesen darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund mehr Notfallleistungen, hingegen weniger ambulante psychotherapeutische sowie rehabilitative Leistungen erhielten. Lediglich in Großstädten finden sich wenige muttersprachliche Ärzte, Psychiater und Psychotherapeuten.

Die Klienten von Einrichtungen der sozialpsychiatrischen Versorgung kommen aus vielen verschiedenen Kulturen. Die Zusammensetzung dieser kulturellen Vielfalt unterliegt regionalen Besonderheiten. In Einrichtungen psychiatrischer Pflichtversorgung repräsentieren sie im Idealfall das Spektrum der zu versorgenden Bevölkerung. Viele Therapeutinnen und Therapeuten, viele Psychiatriemitarbeitende und psychosoziale Beraterinnen und Berater tun sich schwer, Menschen, die sich selbst oder ihre Herkunftsfamilie in einer anderen Kultur beheimaten, unbefangen mit ihrem professionellen Know-How zu begegnen. Zur Erklärung ist häufig zu hören, dass Menschen aus anderen Kulturen besondere Problemkonstellationen mitbrächten. Die Therapeuten fühlten sich diesen häufig nicht gewachsen, weil sie „dafür nicht ausgebildet“ seien. Sie erleben aber eine zunehmende Inanspruchnahme der Einrichtungen der psychosozialen Dienste und der Psychiatrie, was zunächst einmal zeigt, dass die Hemmschwellen für Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber diesen Einrichtungen erfreulicherweise sinken.

Menschen mit Migrationshintergrund weisen ein ähnlich hohes Risiko für psychische Erkrankungen auf wie Menschen ohne Migrationshintergrund

Die Forschungsergebnisse zum Vorkommen psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund sind uneinheitlich (Bermejo et al 2010). Die derzeitige Datenlage deutet aber daraufhin, dass Menschen mit Migrationshintergrund ein ähnlich hohes Erkrankungsrisiko für psychische Erkrankungen aufweisen wie Menschen ohne Migrationshintergrund, wenngleich es Hinweise gibt, dass es in einigen Subpopulationen bei Schizophrenie, Sucht und Störun-

gen mit forensischer Bedeutung einen höheren Anteil bei Menschen mit Migrationshintergrund gibt. Was bedeuten diese komplexen Konstellationen für die Frage, wie psychiatrische Hilfen für Menschen mit Migrationshintergrund angemessen gestaltet werden sollten? Ist es in einer solchen Situation eher nützlich, Kenntnisse einer bestimmten Kultur zu gewinnen, also ethnospezifische Kenntnisse, oder braucht es nicht vielmehr Metakompetenzen, also Kenntnisse darüber, wie man sich Menschen unterschiedlicher Herkunft annähert im Sinne interkultureller Kompetenz? Oder beides? - Aber wie?

Als Systemische Therapeutin (SG) und Lehrtherapeutin (SG), die als Psychiaterin in leitender Position in der psychiatrischen Pflichtversorgung sowohl stationär wie auch ambulant arbeitet, habe ich in den vergangenen Jahren die Erfahrung gemacht, dass gerade die Konzepte systemischer Theorie und Praxis ausgesprochen hilfreiche Ansätze bieten, interkulturelle Beratungs- und Behandlungskonzepte für Menschen aus anderen Kulturen zu entwickeln.

Kulturelle Konzepte

Hier soll daher eine Beschreibung von Kultur vorgestellt werden (Falicov 1995), die zwei systemischen Kriterien gerecht wird – Dynamik und Kontext: Kultur stellt für uns alle einen Hintergrund von etablierten und über Generationen überlieferten Sichtweisen, Werten, Ansichten und Haltungen dar, die einerseits unser ganzes Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen, die wir andererseits aber in individueller wie auch kollektiver Weise übernehmen, modifizieren und weiterentwickeln, bedingt durch die Teilhabe an unterschiedlichen Kontexten - etwa ein städtischer oder ländlicher Lebensraum, Sprache, Alter, Familienorganisation, Religion, Erziehung und Ausbildung, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Status, Hautfarbe, Geschlecht, politische Ausrichtung, sexuelle Orientierung, Migration und Akkulturation.

Daraus folgt, dass die Komplexität einer Kultur und das Handeln Einzelner auf dem Hintergrund dieser Kultur heraus nur verstanden werden können, wenn die sozialen, historischen, geographischen und ökonomischen Kontexte und dynamischen Entwicklungen berücksichtigt werden. Ein solcher Ansatz ist unmittelbar anschlussfähig zu medizinanthropologischen Herangehensweisen, wie sie zuerst von Kleinman (1977, 1988) und in dessen Folge Littlewood (1980,2001), Littlewood & Lipsedge (1989), Good (1994) und Krause (1998, 2002) in den englischsprachigen systemischen Diskurs eingeführt wurden.

Auch das Konzept des im systemischen Feld geschätzten sozialen Konstuktionismus von Gergen u. Gergen (2009) greift dieses Verständnis gemeinschaftlicher Konstruktionen auf. Die ihnen zugrundeliegenden sozialen Konventionen ändern sich im Laufe der Zeit und sind Ausdruck gemeinsamer kultureller Geschichte.

Aus einem solchen Kulturverständnis heraus wurden zuerst in den USA und später in den Niederlanden praktische Handlungsmodelle entwickelt, die diese Ansätze für den therapeutischen und klinischen Alltag nutzbar machen.

Seit der Jahrtausendwende sind auch im deutschen Sprachraum einige Fachbücher erschienen, die sich explizit auf diesen systemischen und sozialanthropologischen Ansatz beziehen (Domenig, 2001; Hegemann & Salman, 2001; v. Schlippe et. al., 2003, Hegemann & Oestereich, 2009, Hegemann und Salman 2010).

Systemische Konzepte

Das systemische Denken und Handeln bezieht den Kontext in die Therapie mit ein. Dies gilt natürlich auch für den kulturellen Kontext. Da Systemische Therapie und Beratung flexibel im Setting ist, ist es für Systemikerinnen und Systemiker nichts Ungewöhnliches, die für eine gute Kooperation in interkulturellen Beratungen notwendigen Angehörigen, Unterstützer und Dolmetscher mit einzubeziehen. Systemische Beratung und Therapie pflegen eine Haltung respektvoller Neugier (Cecchin 1988) gegenüber den Patienten und ihren Sichtweisen der Welt, und sie kreieren mit ihrer Gesprächsführung Unterschiede, die zur gemeinsamen Erfindung neuer, die Migrationserfahrungen neu bewertender Lebenserzählungen genutzt werden können. Wenn Menschen, die sich in unterschiedlichen Kulturen beheimatet fühlen, einander begegnen, treffen unterschiedliche Perspektiven zur Welt, unterschiedliche Erklärungen dessen, „was die Welt im Innersten zusammenhält“, unterschiedliche Moralvorstellungen, ethische Prinzipien, unterschiedliche Rollenerwartungen an Geschlecht, Paar- und Familienleben aufeinander. Wenn diese Begegnungen in einem Therapiekontext stattfinden, weil Störungen aufgetreten sind, die in unserem Kulturkreis psy-

---

Kulturübergreifende Annahmen für die psychosoziale und gesundheitliche Arbeit

(nach A. Kleinman und R. Littlewood)

Über die psychosozialen Erfahrungen und Realitäten von Leid und Kranksein (Illness) gibt es in unterschiedlichen Kulturen unterschiedliche Konstruktionen.

Die unterschiedliche Inanspruchnahme psychosozialer und gesundheitlicher Service-Einrichtungen resultiert aus den unterschiedlichen Sichtweisen, die die Angehörigen verschiedener Kulturen über Sinn und Zweck dieser Einrichtungen haben.

Unterschiedliche kommunikative Prozesse (z.B. Erklärungen und Bezeichnungen) führen zu unterschiedlichen Umgehensweisen mit den spezifischen klinische Episoden von Krankheit (Sickness).

Alle Behandlungsmaßnahmen wie Medikamente, Operationen, Psychotherapie, Pflege und Rituale nehmen Einfluss auf den Verlauf des Krankseins (Illness). Die Gewichtung dieser verschiedenen Maßnahmen variieren zwischen unterschiedlichen Kulturen.

Die Ergebnisse der Behandlung wie Heilung, Misserfolg, Rückfall, Chronizität, Behinderung oder Tod resultieren aus einer Interaktion zwischen körperlichen, sozialen und psychischen Dimensionen; zumindest die letzten beiden sind in erheblichem Maße kulturabhängig.

chischen Störungen oder psychiatrischen Krankheiten zugeordnet werden, dann treffen oft sehr unterschiedliche Vorstellungen aufeinander, wie diese Beschwerden zu bewerten sind.

Systemische Ansätze beziehen sich auf Unterschiede, die Unterschiede machen – zwischen Individuen, zwischen Familien und sozialen Gruppen, zwischen Angehörigen unterschiedlicher Ethnien. Aspekte der Fremdheit treten gegenüber dem Interesse an diesen Unterschieden im Therapieprozess an Relevanz zurück.

Unter „Inneren Landkarten" verstehen systemische Therapeuten die Wechselbeziehung zwischen Vorannahmen, Ideen und Bedeutungen, nach denen Mitglieder eines sozialen Systems ihr Weltbild immer wieder neu kreieren, sowie den Regeln und Mustern, nach denen ihr soziales System funktioniert. Diese werden in einem gemeinsamen Prozess des Verhandelns mit anderen kontinuierlich an den kulturellen, historischen, sozialen oder politischen Kontext angepasst. Sie sind also nicht statisch.

Haltungen

Therapeutinnen und Therapeuten tun gut daran, neugierig darauf zu sein, welche Inneren Landkarten Menschen aus anderen Kulturen mitbringen, nach denen sie durch ihr Leben reisen. Diese Innere Landkarte kann sich verändern, wenn Menschen sich in eine fremde Kultur einleben möchten. Sie kann aber auch mit viel Kraftaufwendung aufrecht erhalten werden, wenn eine als zuviel erlebte Anpassung verlangsamt oder verhindert werden soll. Fragen nach den Bedingungen der Veränderung von Sichtweisen und Werten im Verlauf des Migrationsprozesses und des Ankommens in einer fremden Kultur können in der Therapie benutzt werden, um sich kundig zu machen über den sozio-kulturellen Kontext, in dem der Patient oder seine Familie lebt.

Wer sich in interkulturellen Kontexten bewegen will, braucht die Bereitschaft, sich mit fremden Wertvorstellungen auseinander zu setzen

Wer sich in interkulturellen Kontexten bewegen will, braucht die Bereitschaft, sich mit fremden Wertvorstellungen auseinander zu setzen. Es ist deshalb ein bedeutsames Ziel professioneller Qualifizierung, gerade gegenüber Werthaltungen, die den eigenen widersprechen, eine Haltung von Neugier und Respekt zu entwickeln.

Unter „Inneren Landkarten" verstehen systemische Therapeuten die Wechselbeziehung zwischen Vorannahmen, Ideen und Bedeutungen, nach denen Mitglieder eines sozialen Systems ihr Weltbild immer wieder neu kreieren

Neutralität im Sinne von Cecchin (1988) beschreibt eine professionelle Neugier auf die persönlichen oder kulturellen Beweggründe, die zu bestimmten Einstellungen oder Haltungen führen. Werthaltungen von Einzelnen und Gruppen können sich von den unseren stark unterscheiden und hierzulande sogar höchst kontrovers diskutiert werden. Schlagen als Erziehungsmethode oder die Zwangsverheiratung wären Beispiele dafür. Hier hat es sich als nützlich erwiesen, eher in eine Kommunikation über die Konsequenzen verschiedener Haltungen einzutreten. Dies eröffnet eher neue Optionen als fremde und unangepasste Werthaltungen zu verurteilen oder gar daraus abzuleiten, dass jemand „nicht therapierbar", weil etwa nicht „einsichtig" sei.

Wertvorstellungen sind also nicht nur individuell vielfältig und unterschiedlich, nicht nur von Familie zu Familie anders, sondern auch von Kultur zu Kultur. Innerhalb jeder Kultur aber wiederum unterscheiden sie sich von Familie zu Familie wie auch individuell. Und sie unterliegen in allen Ländern dem sozialen Wandel. Therapeuten sollten sich davor hüten, besser wissen zu wollen, wie ein gutes Leben aussieht: sie sollten sich zurückhalten, hier europäisch geprägte Sichtweisen zu vertreten und aus dieser Perspektive Pathologiezuschreibungen zu machen, sondern die anteilnehmende, respektvolle Haltung der Neugier trainieren, welche uns Cecchin (1988) empfiehlt.

Eigene Erfahrungen in interkulturellen Behandlungskontexten

Wir haben in unserer Klinik , der KRH Psychiatrie Wunstorf (Region Hannover), ein Fachkrankenhaus mit psychiatrischer Pflichtversorgung, eine integrative interkulturelle (statt einer ethnospezifischen) Behandlung entwickelt, d.h. die Patienten werden dort behandelt, wo sie mit ihrer persönlichen Konstellation am besten hinpassen. Dieser Stil der Zuweisung hat Konsequenzen für alle Beteiligten. Gelegentliche ethnisch oder kulturell motivierte Auseinandersetzungen zwischen den Patienten der unterschiedlichen Kulturen (auch der deutschen) sind manchmal Ausdruck von psychischer Erkrankung, manchmal Ausdruck von Lebenseinstellungen, manchmal von Vorurteilen.

Sie werden therapeutisch genutzt: jede Person hat in gleicher Weise ein Recht auf gute psychiatrische Behandlung. Die Therapeuten betonen die Chance, durch das Beisammensein auf der gleichen Station die Situation des jeweils Anderen besser kennen lernen zu können, Vorurteile überprüfen und vielleicht sogar ablegen zu können. Alle in der Sozialpsychiatrischen Versorgung Tätigen werden diese Art der Beziehungsgestaltung in einer Behandlungseinheit kennen und praktizieren. Wir haben uns entschieden, diesen Weg für alle unsere Patienten, auch die aus anderen Kulturen, zu gehen. Die Zufriedenheit mit diesem Weg ist bei den Mitarbeitenden und den Patienten und ihren Angehörigen hoch. – In unserer Klinik werden systemische Sichtweisen, Denken und Handeln in vielen Bereichen praktiziert. Die Teams der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie haben Trainings in der Anwendung systemischer Methoden in der psychiatrischen Akutversorgung erhalten (SYMPA). Andere klinische Bereiche folgen derzeit.

Seit vielen Jahren wird Systemische Therapie, auch für Familien aus anderen Kulturen und für schwer Traumatisierte (z.B. Flüchtlinge) und ihre Familien, angeboten (Oestereich 2001; 2004; 2009). Die PIA behandeln einen großen Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund. Die Arbeit mit Dolmetschern und die Herstellung sprachlicher Verständigung und kooperativer Beziehungen gerade auch mit Patienten und ihren Angehörigen mit Migrationshintergrund sind inzwischen selbstverständlich. Dazu gehört vor allem auch

der Austausch über die Unterschiede in Krankheitsverständnis und Behandlungsvorstellungen. Systemisches Denken und systemische Methoden fördern in besonderem Maße die Entwicklung integrativer und integrierender, statt ethnospezifischer, Behandlungskonzepte. Sie bieten dadurch eine besonders gute Möglichkeit, Aspekte von Kultur und Migration neu zu sehen und zu bewerten und für die Entwicklung neuer Lösungen zu nutzen.

Eine kultursensible Gestaltung psychiatrischer Hilfen

Interkulturelle Kompetenzen in der psychosozialen wie auch in der therapeutischen Arbeit können nur gepflegt und ausgebaut werden, wenn es gelingt, eine Lernkultur zu etablieren, in der die Repräsentanten unterschiedlicher kultureller und professioneller Herkunft voneinander und miteinander lernen. Die Notwendigkeiten servicetypischer Versorgungsaufgaben müssen dabei berücksichtigt werden. Systemische Modelle dazu wurden beispielhaft vorgelegt für die Versorgung von Kindern (Lanfranchi 2006); Jugendlichen (Colijn 2010), Alten (Hegemann, 2002), Traumatisierten (Oestereich, 2004, 2009), Psychisch-Kranken (Hegemann & Salman 2001) oder Suchtkranken (Kimil et. al., 2008) mit Migrationshintergrund.

Die Entwicklung in anderen Ländern hat gezeigt, dass interkulturelle Qualität in der psychosozialen Versorgung im wesentlichen ein strukturelles und damit nur bedingt ein fachliches Problem ist. Veränderungen werden daher neben der Qualifizierung Einzelner in erster Linie über die Gestaltung günstiger Rahmenbedingungen zu erreichen sein. Ein Prozess, wie er schlagwortartig mit „Öffnung der Dienste“ beschrieben wird, gilt es dazu schrittweise zu initiieren (Hegemann, 2008). Gemeinsame Trainings in interkultureller Kompetenz haben sich als nützlich und förderlich erwiesen.

Ein Markstein in der Entwicklung transkultureller Psychiatrie bedeuteten die 12 „Sonnenberger Leitlinien“ , die von der psychiatrischen Fachgesellschaft DGPPN ratifiziert wurden (Machleidt 2002), die ausdrücklich einen sozialen und kontextuellen Bezug für eine interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie empfehlen. Gefordert wird u.a. eine Erleichterung des Zuganges durch Niederschwelligkeit, Kultursensivität und Kulturkompetenz. Es wird weiter gefordert, durch Dolmetscher die sprachliche (und kulturelle) Verständigung herzustellen. Die Bildung multikultureller Behandlungsteams wird empfohlen.

Schlussfolgerungen

Eine kultursensible Haltung in Systemischer Therapie und Beratung drückt sich in einer Haltung von fragender, engagierter Neutralität und Neugier aus, die es ermöglicht, Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund respektvoll und wertschätzend zu begegnen. Ich möchte gerne dazu ermutigen, in der psychiatrischen Regelversorgung und in psychsosozialen Einrichtungen die therapeutische und beratende Begegnung mit Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturen zu suchen. Nicht nur um dieser bisher benachteiligten Gruppe einen besseren Service zu bieten, sondern auch deswegen, weil der Kontakt und die Kooperation mit dem Anderen, dem Fremden wie nichts anderes dazu anhält, die eigenen professionellen Haltungen, Organisationsformen und konzeptionellen Ansätze kritisch zu hinterfragen und so zur Entwicklung eines kultursensiblen klientenorientierteren Angebotes zu kommen, dass allen, auch den Angehörigen der eigenen Kultur zugute kommt.

Eine kultursensible Haltung in Systemischer Therapie und Beratung drückt sich in einer Haltung von fragender, engagierter Neutralität und Neugier aus

Literatur

Hegemann, T. u. Oestereich, C. Einführung in die interkulturelle systemische Beratung und Therapie. Carl-Auer-Systeme: Heidelberg; 2009

Hegemann, T. u. Salman, R. (Hg.) Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Psychiatrie Verlag: Bonn; 2010

Machleidt, W.,. Garlipp, P., Callies, I.T. (2005) Die 12 Sonnenberger Leitlinien- Handlungsimpulse für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von MigrantInnen. In. Assion, H.J. (ed). Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer, S. 215-230

Oestereich, C. (2004) Interkulturelles Denken in der Psychiatrie. In: Radice von Wogau,J, Eimermacher, H. u. Lanfranchi, A. Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. S. 161-174. Beltz: Weinheim, Basel

Oestereich, C. (2009) Grundlagen interkultureller systemischer Therapie. Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung, 2/2009. S. 64-73

Oestereich, C. u. Hegemann, T. Interkulturelle Systemische Therapie und Beratung. Psychotherapie im Dialog 4/2010, S. 299-325. Thieme. Stuttgart

Oestereich, C. (2010) Entwicklung interkultureller Kompetenz im psychiatrischen Krankenhaus. In: Hegemann,T. u. Salman, R. (Hg.) Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. S. 333-349. Psychiatrieverlag, Bonn

Salman R. u. Hegemann T. Zugangsbarrieren überwinden – Integrationsförderung durch Schulungsprogramme für Management und Personal. Weiterbildung, 2008; 3 : S. 32-35

Weitere Literaturhinweise finden Sie auf der Homepage der Kerbe unter:

www.kerbe.info/content//artikel_50.html

Kontakt
Dr. Cornelia Oestereich
KRH Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25,
31515 Wunstorf, Telefon: 0 50 31 / 93 1200,
Email: cornelia.oestereich@krh.eu

KERBE

Forum für soziale Psychiatrie

Fachzeitschrift für Experten, Betroffene und Angehörige

Themen 2011

1 / 2011
Psychisch krank in der Fremde

2 / 2011
Heime

3 / 2011
Verantwortung

4 / 2011
Spiritualität und Psychiatrie

Herausgeber:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) in Berlin
www.beb.info / www.kerbe.info

Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft, Augustenstraße 124,
70197 Stuttgart, Telefon: 0711 / 60 100 – 40,
Email: vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Das Bewusstsein von Fremdheit

Von Corinna Ter-Nedden

„Fremde bedeuten das Fehlen von Klarheit, man kann nicht sicher sein, was sie tun werden, wie sie auf die eigenen Handlungen reagieren würden; man kann nicht sagen, ob sie Freunde oder Feinde sind -- und daher kann man nicht umhin, sie mit Argwohn zu betrachten.“ Zygmunt Bauman, 2000

Corinna Ter-Nedden
ist Diplom-Psychologin und tätig in der Kriseneinrichtung Papatya in Berlin.
www.papatya.org.

Vielleicht wähnt man nicht immer Arges – aber immer geht mit dem Fremden eine Irritation des Gewohnten und Vertrauten einher, zu der man sich verhalten muss. Fremdheit macht die Welt komplexer. Das Letzte, was ein Tiefseefisch entdecken wird, ist Salzwasser. Träfe er einen Vogel, könnte das seine Weltsicht in kürzester Zeit herausfordern und verändern: Fremdes reflektiert als Spiegel auf das Vertraute zurück.

Das Fremde und das Eigene

Fremd ist das, was sich den vorhandenen Interpretationsmustern entzieht. Fremdes verängstigt, kann aber auch Verwunderung oder Faszination hervorrufen und wird dann manchmal auch idealisiert oder heroisiert (zum Beispiel Schizophrenie als Widerstand gegen die herrschende Ordnung, die arabische Großfamilie als Hort der Geborgenheit, die weder Kinder noch Alte im Stich lässt, etc.).

Wer im psychosozialen Bereich arbeitet, ist auf eine Professionalisierung seiner Empathie als eines der wichtigsten Arbeitsmittel angewiesen. Diese Empathie, die sich um einfühlendes, nachvollziehendes Verstehen bemüht, ist besonders herausgefordert, wenn sie auf das Fremde trifft – auf das, was sich der Perspektivenübernahme widersetzt. Wir greifen ständig auf Vertrautes zurück, wenn wir anderen zuhören und versuchen durch ein „So wie“ Brücken ins Nachvollziehbare zu bauen.

Angesichts des Fremden lauern Verunsicherung und Fettnäpfe: Robuste Ignoranz von Differenz kann genauso verletzen wie Überbetonung des Unterschieds. Aus Angst, unbekannte kulturelle Normen zu verletzen oder aber auch aus Angst auszugrenzen, wird Nachfragen schwieriger und vielleicht vermieden - das wiederum kann das Gegenüber als Desinteresse erleben. Aber auch Vertrautheit hat ihre Tücken: Die gleiche Herkunft oder der gleiche Erfahrungshintergrund sind dann keine Ressource, wenn allzu schnell unterstellt wird, man wisse schon, worum es geht und könne eigene Befindlichkeiten ungefiltert übertragen.

Fremdheit ist vielschichtig

Ich möchte ausgehend von meinen langjährigen Erfahrungen in der Kriseneinrichtung Papatya in Berlin ein paar Überlegungen zu Fremdheit und dem Umgang mit ihr formulieren. Bei der Konstruktion von Fremdheit spielt eine Rolle, wer Mehrheit und wer Minderheit ist, wer Definitionsmacht hat und wer nicht, wer die Normalität verkörpert und wer die Abweichung. Meine subjektive Perspektive ist die der Angehörigen der Mehrheitsgesellschaft, die auf die eingewanderten Minderheiten blickt und zugleich die der Professionellen, die sich Klientinnen gegenüber sieht.

Das Letzte, was ein Tiefseefisch entdecken wird, ist Salzwasser. Träfe er einen Vogel, könnte das seine Weltsicht in kürzester Zeit herausfordern und verändern

Papatya ist Mitte der 80er Jahre in Berlin aus pragmatischen Gründen entstanden. Immer mehr junge Mädchen aus türkischstämmigen Familien liefen von zu Hause weg und konnten im Berliner Jugendnotdienst nicht vor ihren Familien geschützt werden, die ihre Rückkehr zum Teil auch mit Gewalt durchsetzten. Das Konzept Papatyas fußt demzufolge auf einer geheimen Adresse, einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch ein reines Frauenteam sowie der Interkulturalität des Teams (türkisch/kurdisch/deutsch).

Die Vorstellung des Berliner Senats war damals, dass die Problemlagen der Mädchen sich in etwa zehn Jahren denen deutscher Jugendlicher angleichen würden, so dass man dann auf eine spezialisierte Einrichtung wieder verzichten können werde. Das ist nicht eingetroffen. Im Gegenteil: Heute sind die Phänomene Zwangsverheiratung und Gewalt im Namen der Ehre, die damals schon den speziellen Schutzbedarf der Mädchen begründeten, in aller Munde und illustrieren regelmäßig die Debatten um Parallelgesellschaften und Integration. Dabei wird dann das Patriarchat nur allzu gern ins Fremde ausgelagert und sich der eigenen Gendergerechtigkeit und zivilisierten Fortschrittlichkeit im Angesicht der barbarischen Praktiken der Anderen versichert.

Der Umgang mit dem Fremden wird zu einem Kernthema in allen europäischen Einwanderungsländern – zwischen Assimilation, Integration, Leitkultur, Fördern und Fordern, Fremdheit als Bedrohung und Fremdheit als Bereicherung kann sich kaum jemand mehr der Auseinandersetzung entziehen. Bei Papatya schien die Verortung der Dimension der Fremdheit bei der Gründung der Einrichtung eindeutig: Sie lag in der Herkunft, die man wahlweise als Ethnie (z.B.türkisch/kurdisch/arabisch/Roma), Religion (muslimisch, yezidisch), Nationalität (türkisch, libanesisch) etikettieren konnte, um damit jeweils andere Räume zu eröffnen, nach Ursachen der

Fremdheit zu suchen. Mittlerweile ist diese Herkunft oft gar nicht mehr die eigene der jungen Frauen, sondern die ihrer Großeltern und es ist deutlich, dass auch Migrationsprozesse eigene Dynamiken entfalten und eigene Erfahrungen begründen, die sich über Generationen hinweg auswirken (z.B. auch: Migration als traumatisierender Faktor).

Migration schafft aus sich heraus neue Fremdheiten. „Almancilar" („Deutschländer") werden in der Türkei als fremd identifiziert, auch wenn sie in Deutschland als Türken wahrgenommen werden. Die jungen Frauen der zweiten Generation haben in den Eltern und in der deutschen Gesellschaft zwei misstrauische Spiegel, die ihre Identitätsbildung begleiten und beurteilen und jeweils das ihnen Unliebsame dem Einfluss des Fremden zuschreiben. Erst auf den zweiten Blick kommen neben der Herkunft und der Migration andere mögliche Dimensionen von Fremdheit bei Papatya in den Blick: Die Mädchen, die aufgenommen werden, kommen aus Familien, in denen kaum miteinander gesprochen wird. Der Bildungsgrad der Familien ist häufig gering. Die Mädchen sind Teenager und sie gehören einer anderen Generation an als das Team, sind z.B. meist „digitale Eingeborene". Sie haben in ihrer Sozialisation meist ein hohes Maß an Gewalt erlebt und diese Gewalt als Normalität präsentiert bekommen.

Die Herkunft oder Kultur sind kein monolithischer Block. Wer meint, alles zu schon zu wissen und nicht mehr genau hinhören zu müssen, liegt falsch

Nur wenn man diese weiteren Dimensionen von Fremdheit in den Blick nimmt, kann man die Familienkonflikte als solche verstehen und sich vor einer vorschnellen ausschließlichen Zuordnung zu kulturellen Kontexten hüten. Die Gewalt, die die Mädchen erleben, erklärt sich nicht allein aus ihrer Herkunft. Andererseits wird man ihnen auch nicht gerecht, wenn man die Konflikte ausschließlich ins Soziale verschiebt oder sie als Generations- oder Pubertätskonflikte bearbeiten will. Die Mädchen befinden sich in einem Ablösungskonflikt, der aber kulturelle Spezifika hat: Ist von ihrer Familie eine Ablösung nur in Form der Heirat vorgesehen und jede andere Form der Verselbständigung verboten, dann beeinflusst das die Möglichkeiten, eine Lösung für den Konflikt zu finden, tiefgreifend.

Annäherungen an die Fremdheit

Den Fremdheiten der Herkunft kann man sich durch Informationssammlung und Lesen annähern. Wenn ich weiß, dass Yeziden als kurdische Minderheit nicht-islamischen Glaubens verfolgt wurden und ihr Überleben dadurch gesichert haben, dass sie ihre Kinder immer nur strikt innerhalb der eigenen Glaubensgemeinschaft verheiratet haben, verstehe ich die Vehemenz besser, mit der abtrünnige Mädchen von der gesamten Community verfolgt werden. Wenn ich weiß, welchen Stellenwert die Jungfräulichkeit im patriarchalen Ehrkodex und damit für den Status der gesamten Familie hat, kann ich besser einschätzen, wie gefährdet ein Mädchen ist, das sich der Kontrolle der Familie entzieht. Die Gefahr besteht allerdings, dass das Angelesene den Blick auf das Individuelle verstellt: Herkunft oder Kultur sind kein monolithischer Block und wer meint, alles schon zu wissen und nicht mehr genau hinhören zu müssen, liegt sowieso falsch. So wenig wie ich gern auf mein Deutschsein reduziert und zur Kronzeugin alles Deutschen werde, so wenig taugen Generalisierungen der Fremdheit meines Gegenübers.

Neben einer Bereitschaft zur Differenzierung erfordert der Umgang mit dem Fremden vor allem auch, sich der eigenen Geprägtheiten durch Herkunft und Kultur bewusst zu sein

Neben einer Bereitschaft zur Differenzierung erfordert der Umgang mit dem Fremden vor allem auch, dass ich mir meiner eigenen Geprägtheiten durch Herkunft und Kultur bewusst bin – und dies eben nicht nur als Deutsche, sondern auch als Frau, Akademikerin, Angehörige einer bestimmten Generation und Schicht: Es gibt viele parallele Fremdheiten, die alle ihr Recht fordern, will ich mich dem Verstehen des Fremden annähern.

Das Recht auf Differenz

Bei Papatya werden Wertedebatten sehr konkret. Das Fremde verstehen zu wollen, reicht nicht aus – man muss sich auch zu ihm verhalten. Papatya nimmt vor allem minderjährige Mädchen auf, deren Eltern um ihre Rückkehr in die Familie kämpfen. In der akuten Krisensituation muss das Jugendamt als Vertreter des Staates sie in Obhut nehmen und damit in die Elternrechte eingreifen. Wollen sie sich dauerhaft von der Familie trennen, sind häufig vormundschaftsgerichtliche Entscheidungen, bei denen es um das Kindeswohl geht, nötig.

Wenn Mädchen eingesperrt, kontrolliert, geschlagen und zwangsverheiratet werden, beanspruchen die Familien oft, dies sei aufgrund ihrer Tradition und Kultur gerechtfertigt und zu respektieren. „Das ist unsere Kultur, da hat der deutsche Staat sich nicht einzumischen". Sie pochen auf ein Recht auf Differenz, das z.B. in den Kontroversen um die Akzeptierbarkeit arrangierter Ehen in Abgrenzung von (nicht akzeptablen) Zwangsverheiratungen aufscheint.

Auch von Behörden wurde und wird es Mädchen und Frauen nicht-deutscher Herkunft manchmal zugemutet, sich unter der Überschrift des Respekts vor anderen Kulturen mit Formen Einschränkung zu arrangieren, die für deutsche Frauen zu Recht als indiskutabel angesehen würden („Bei euch ist es doch normal, wenn Mädchen zu Hause bleiben und nicht ausgehen."). Mädchen und junge Frauen haben, egal woher sie stammen, das Recht, aufgrund ihres Geschlechtes nicht diskriminiert zu werden und ihre Persönlichkeit frei entfalten zu können.

Dass Gewalt in der Erziehung durch keine Herkunft legitimiert werden kann und staatliche Eingriffe in das Erziehungsrecht der Eltern rechtfertigt, ist mittlerweile weitgehend unstrittig. Ob aber zum Beispiel ein 16-jähriges Mädchen das Recht hat, sich unkontrolliert mit Freunden zu treffen oder gar sich zu verlieben, ohne Sanktionen ausgesetzt zu sein, ist viel weniger klar – das Elternrecht auf Erziehung und das Recht von Kindern, ihre Persönlichkeit frei zu entfalten, stehen hier in einem bisher kaum thematisierten Spannungsverhältnis.

Orientierungspunkte im Diffusen

Die Mitarbeiterinnen bei Papatya haben eine Haltung entwickeln müssen, die sich zwischen dem Recht auf Gleichheit und dem Recht auf Differenz so orientiert, dass Handeln möglich ist. Einige grundsätzliche, im Folgenden stichpunktartig aufgeführte Überlegungen sind dabei hilfreich.

Menschenrechte

Der übergeordnete Bezug auf die Menschenrechte ist im Umgang mit dem Fremden unverzichtbar. Kulturelle und traditionelle Werte können ihre Gültigkeit immer nur vermittelt über das Recht des/der Einzelnen auf Selbstbestimmung ableiten. Heiner Bielefeldt, seit Juni 2010 Sonderberichterstatter der Vereinten Nationen für Religions- und Glaubensfreiheit, sagt dazu: „Gegenstand menschenrechtlicher Anerkennung sind, genau besehen, nicht etwa religiöse Überzeugungen und Traditionen oder kulturelle Lebensformen als solche. Unmittelbare Träger menschenrechtlicher Ansprüche sind vielmehr die Menschen, deren individuelle und gemeinschaftliche Selbstbestimmung durch Menschenrechte Achtung und Schutz erfährt. Nur indirekt, nämlich vermittelt über den Anspruch auf freie Selbstbestimmung der Menschen, kommen religiöse Überzeugungen und Praktiken beziehungsweise kulturelle Lebensformen und Traditionen überhaupt in den Fokus menschenrechtlicher Überlegungen.“ (Heiner Bielefeldt, 2005: Essay „Zwangsheirat und multikulturelle Gesellschaft. Anmerkungen zur aktuellen Debatte“)

Die Selbstbestimmung eines Menschen beginnt damit, eine Sprache für das Eigene zu finden

Individualität

Jenseits aller Zuordnungen zu Herkunft, Religion, Schicht oder Generation hat jede junge Frau eine individuelle Geschichte, setzt sich in einer individuellen Weise mit ihrer Familie auseinander und hat ein Recht auf eine selbstbestimmte, individuelle Lösung.

Selbstbestimmtheit und ihre Verbindung zu Sprache

Das Team von Papatya sieht seine Aufgabe darin, den Handlungsspielraum der Mädchen zu erweitern. Dies beginnt mit ihrer Reflektion der eigenen Lebensgeschichte. Das Selbstverständliche ist oft nicht sprachlich fassbar. Selbstbestimmung beginnt damit, eine Sprache für das Eigene zu finden, damit es sich selbst vertraut und damit dann auch kommunizierbar wird. Dazu gehört auch, die Sprache der Familie zu hinterfragen: Was bedeuten „nur an sich denken“, „Freiheit wollen“, „anständig sein“, „Schande machen“ oder „Hure werden“ und welche Implikationen sind damit verbunden?

In einem interkulturellen Team muss es gelingen, zu einer gemeinsamen Werthaltung zu finden, die die Unterschiedlichkeiten integrieren kann

Interkulturalität des Teams

Dass die Vielfalt der Perspektiven in heterogenen Gruppen eine erhöhte Problemlösefähigkeit bewirkt und damit positive Effekte auf Arbeitsergebnisse hat, hat die Betriebswirtschaft unter dem Begriff „Diversity Management“ schon länger entdeckt.

Bei Papatya ist die Interkulturalität des Teams ein wichtiges Arbeitsmittel. Bloße Verschiedenheit nutzt allerdings wenig, wenn es dem Team nicht gelingt, zu einer gemeinsamen Werthaltung zu finden, die die Unterschiedlichkeiten und Fremdheiten integrieren kann. Wenn das Verhältnis zueinander vertrauensvoll ist, werden Unsicherheiten besprechbar und damit reduziert (z.B.:„Ist es pathologisch oder ist es kulturell anders/fremd?“). Für die Mädchen verkörpert die Einrichtung im Idealfall die Möglichkeit der Integration von Wurzeln und Wachstum, von Herkunft und Gegenwart. Angesichts von Betreuerinnen der eigenen Herkunftsgruppe wird es leichter für sie, zwischen der Willkür ihrer Eltern und kulturellen Prägungen, die ihnen wichtig sind, zu unterscheiden und zu begreifen, dass sie nicht ihre Kultur aufgeben und verwerfen müssen, wenn sie nicht mehr in ihrer Familie leben können. Wenn es dem Team gelingt, einen Ort zu gestalten, in dem die Unterschiedlichkeit Aller zu einem haltgebenden Miteinander führt, wird die Integration ihrer unterschiedlichen, manchmal unvereinbaren innerpsychischen Identifizierungen auch für die Mädchen vorstellbarer.

Zuletzt möchte ich die Freiburger Psychiaterin und Psychoanalytikerin Aydan Özdaglar zitieren: „Integration wird nicht mit Toleranzabsichten erledigt ... Unbequeme Auseinandersetzungen mit Angst und Ohnmacht bleiben uns nicht erspart und die Widersprüche müssen ausgehalten werden.“

Papatya – anonyme Krisen- und Übergangseinrichtung für Mädchen und junge Frauen mit Migrationshintergrund

Papatya bietet seit der Gründung im Jahr 1986 Schutz und Hilfe für Mädchen und junge Frauen mit Migrationshintergrund, die aufgrund kultureller und familiärer Konflikte von zu Hause geflohen sind und von ihren Familien bedroht werden.

Die Kriseneinrichtung nimmt Mädchen im Alter von 13 bis 21 Jahren auf, die Aufnahme in die Einrichtung erfolgt nach § 42 KJHG. Die Mädchen können für eine Übergangszeit von bis zu 2 Monaten, in Ausnahmefällen auch länger bleiben.

Ein interkulturelles Team von türkischen, kurdischen und deutschen Sozialpädagoginnen und einer Psychologin, betreuen die Mädchen rund um die Uhr.

Informationen, Onlineberatung und Kontakt im Internet unter www.papatya.org

Psychisches Leiden und psychiatrische Behandlung von Menschen aus dem islamischen Kulturkreis

Leitsätze für die Praxis

Von Ibrahim Rüschoff

Auf zwei Seiten ist natürlich keine auch nur annähernd vollständige Behandlung des Themas möglich. Wir haben daher unseren Beitrag um 12 zentrale Aussagen geordnet, die eine erste Orientierung ermöglichen und in der weiterführenden Literatur ausführlicher behandelt werden.

Muslimische Patienten sind auch nur psychisch Kranke

Nur Mut, möchte man sagen. Die im Umgang mit Muslimen bzw. Migranten vielbeschworene „Interkulturelle Kompetenz“ ist keine zu lernende Fertigkeit, sondern eine innere Haltung, wie sie in vielem auch den Umgang mit psychiatrischen Patienten überhaupt charakterisiert: Die empathische Begegnung mit unbekannten (auch psychotischen) Lebenswelten bzw. deren Verstehen und Anerkennen in ihrer Bedeutung für den Anderen bei gleichzeitiger Einnahme eines eigenen klaren Standpunktes. Außerdem sind die Fähigkeiten, Spannungen ertragen zu können und das eigene berufliche Handeln kritisch zu reflektieren unverzichtbare Bedingungen sowohl erfolgreicher psychiatrischer Arbeit als auch interkultureller Kompetenz. Vor diesem Hintergrund sollte man annehmen, dass die Arbeit mit Muslimen Helfern keine großen Probleme bereitet. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass beim Thema Islam (auch bei muslimischen Mitarbeitern!) viel Halbwissen und teilweise erhebliche Vorurteile vorhanden sind. Wir sind eben alle Kinder unserer Gesellschaft.

Muslime sind vielfältig wie das Leben – fragen Sie also ...

Im Kontakt mit Muslimen wird schnell klar, dass sie ganz unterschiedliche Einstellungen zu ihrer Religion haben. Für die einen ist sie nur eine Kultur, für andere alltagsbestimmende Lebenspraxis. Man muss also im Rahmen der Anamnese aktiv fragen, welche Rolle die Religion in ihrem Leben spielt. Die meisten haben ein ganz entspanntes Verhältnis zu einer solchen Frage und verstehen sie als Ausdruck von Bemühen und Respekt. Leider ist das Wissen um den Islam auch bei vielen praktizierenden Muslimen sehr mangelhaft, oft halten sie einfach ihre heimatlichen Traditionen für islamisch, was sich besonders in der Geschlechterfrage negativ auswirkt. Helfer, die häufiger mit Muslimen zu tun haben, sollten sich daher bemühen, im Laufe der Zeit auch Grundkenntnisse der islamischen Lehre zu erlangen, was nicht allzu schwer ist. Unsicherheiten oder auch „Fehler“ im Umgang mit Muslimen werden von diesen fast immer gut toleriert, entscheidend sind vielmehr die Erfahrung von Achtung und der Respekt vor ihren Werten.

Die Religion ist für praktizierende Muslime eine geheiligte Lebensweise

Die im Lebensalltag hinderliche Vermischung von Religion und heimatlicher Tradition ist eine Folge der Tatsache, dass der Islam für praktizierende Muslime eine geheiligte Lebensweise darstellt und man sich praktisch nie auf „neutralem Boden“ befindet. Nicht nur Beten und Fasten sondern z.B. auch Schulbesuch, Arbeit, Kindererziehung oder Eheleben werden als Teil der Religion verstanden, wenn man sie im Namen Gottes vollzieht bzw. lebt. In manchen Bereichen hat dieses Verständnis in Abhängigkeit von der individuellen Religionspraxis spezielle Verhaltensweisen zur Folge (Zinsverbot, Speiseregeln, Fasten im Ramadan, fünfmaliges Beten am Tag, Bedecken der Haare bei Frauen, Vermeidung von gegengeschlechtlichem Körperkontakt oder gemischter Sport- oder Schwimmunterricht u.a.m.), die weitaus meisten Fälle des Alltags können Muslime allerdings ganz normal in Übereinstimmung mit den allgemeinen Gepflogenheiten lösen.

Ibrahim Rüschoff
ist Psychiater und Psychotherapeut. Er leitet die Islamische Arbeitsgemeinschaft für Sozial- und Erziehungsberufe und ist Mitglied im Zentralrat der Muslime in Deutschland.

Krankheit ist eine Prüfung Gottes – und hat mit Strafe nichts zu tun

Krankheit wird im Islam als Prüfung Gottes oder als Sündenvergebung verstanden. Für eine Auffassung als Strafe Gottes gibt es keine koranische Grundlage. So wird sogar der Alkoholismus eines Patienten als Folge seines Konsums und nicht als Strafe Gottes für sein verbotenes Handeln verstanden. Dennoch stellen vor allem depressive Patienten immer wieder einen Zusammenhang von Krankheit und Schuld her – hier handelt es sich jedoch um einen Teil des Krankheitsbildes.

Für einen Muslim gilt, dass Gott keiner Seele mehr auferlegt, als sie zu tragen vermag (Koran 2:286), da seine Barmherzigkeit stets Grundlage seines Handelns ist. Daraus lässt sich viel Durchhaltevermögen schöpfen: Wenn ich das Problem habe, kann ich es tragen, sonst hätte ich es nicht! Zentral

für den Umgang mit schwierigen Situationen ist auch der Begriff „Sabr“, was ein geduldiges, beharrliches Verfolgen eines Zieles auch bei Schwierigkeiten umschreibt. Dies ermöglicht dem Muslim, sein weiteres Schicksal bzw. den Fortgang seiner Erkrankung in die Hände seines Schöpfers zu legen, wenn er alles ihm Mögliche zur Bewältigung getan hat.

„Not bricht Verbot“. Im Notfall sind alle religiösen Beschränkungen aufgehoben

„Scham gehört zum Glauben“

Muslime haben zumeist ein ausgeprägtes Schamgefühl. Es zeigt sich nicht nur im Bereich der körperlichen Intimität, sondern auch im Alltag, wo z.B. Zurückhaltung sehr angesehen ist. Auch gilt ein unnötiges Heben der Stimme („keifen“ oder „brüllen“) als wenig schamhaft. Der Begriff wird also in einer sehr weiten Bedeutung gebraucht, die man im Deutschen vielleicht mit „taktvollem Verhalten“ umschreiben kann. Hierzu zählen auch das Vermeiden eines direkten Blickkontaktes sowie eine Berührung von Angehörigen des anderen Geschlechts außerhalb der Familie wie z.B. das Händeschütteln. Solche Verhaltensweisen sollen keine Missachtung ausdrücken, sondern Grenzen wahren und Respekt bezeugen. Diese Beachtung von Schamgrenzen schafft bei praktizierenden Muslimen oft erst einen Schutzraum, in dem dann Konflikte angesprochen werden können.
Obwohl der Islam zu Körperlichkeit und Sexualität eine positive Einstellung hat, wird dieser Bereich im Alltag zumeist tabuisiert. Hier sind Traditionen besonders wirksam. Besonders um die Jungfräulichkeit der Mädchen, die ihre Ehre symbolisiert, wird ein regelrechter Kult betrieben. Eine vernünftige Sexualaufklärung findet selten statt, die Folgen sind für Paare oft gravierend, wenn sie (gerade zu Beginn der Ehe) miteinander nicht über ihre Bedürfnisse und Ängste sprechen können.

Dschinne, Magie und Zauber

Obwohl in der Hochblüte der islamischen Kultur im Mittelalter die psychiatrischen Erkrankungen gleichberechtigt neben den körperlichen abgehandelt wurden, werden sie im Volksislam auch heute noch sehr häufig als Einfluss von Dschinnen, Zauber oder dem „Bösen Blick“ verstanden. Solche Auffassungen findet man auch bei Akademikern. Bei den einheimischen Patienten sind oft Elektrosmog oder das Amalgam in den Zähnen für Unwohlsein und Symptome verantwortlich, bei Orientalen eben die Dschinne oder „der Böse Blick“. Jeder interpretiert nun einmal ihm unheimliche Phänomene im Rahmen seiner Kultur. Die Existenz von Dschinnen ist Bestandteil der islamischen Glaubenslehre, Zauberei dagegen ist in der Religion streng verpönt.

Folgen für die psychiatrische Pflege und Therapie

Allgemein gilt ...

Die Therapie darf nicht gegen islamische Regeln verstoßen, um angenommen zu werden. In der Praxis führt diese Voraussetzung allerdings kaum zu Problemen, wenn man den Sinn von Maßnahmen ausführlich erklärt und die Patienten fragt, unter welchen Voraussetzungen ihnen eine Teilnahme möglich ist (z.B. gleichgeschlechtliche Pflege oder getrenntgeschlechtliche Anwendungen etc.). „Not bricht Verbot“. In einem echten Notfall sind selbstredend alle religiösen Beschränkungen aufgehoben. Im Islam gilt der Grundsatz, dass alles erlaubt ist, solange kein ausdrückliches Verbot besteht. Das eröffnet normalerweise ausreichend Möglichkeiten für Diagnostik und Therapie.

Der Umgang mit Angehörigen

Die Familie hat bei Muslimen einen ungleich höheren Stellenwert als in der Mehrheitsgesellschaft. Gegen diese ist eine Therapie fast aussichtslos, also sollte man versuchen, sie ins Boot zu holen. Entgegen landläufiger Auffassung sind in der Familie oft die Mütter die eigentlichen Herrscher und die Vertrauten der Kinder, die Väter im traditionellen Rollenmuster die Chefs nach außen und leider oft emotional distanzierter.

Der Hausbesuch

Man sollte darauf achten, mit einem Patienten des anderen Geschlechts in der Wohnung nicht allein zu sein, und dies bereits bei der Terminabsprache berücksichtigen. Dass man sich beim Hausbesuch der Schuhe entledigt, dürfte bekannt sein.

Der Umgang mit traditionellen Krankheitsvorstellungen

Man sollte die Patienten taktvoll nach ihren Krankheitsvorstellungen fragen, da sie sich oft schämen, einen angenommenen Einfluss von Dschinnen zuzugeben. Man sollte von den Patienten nicht verlangen, ihr subjektives, religiös begründetes Krankheitsverständnis als Aberglauben aufzugeben, sondern ihnen vermitteln, wie die Symptome aus der wissenschaftlichen Perspektive eines Therapeuten beurteilt werden können. Das funktioniert meistens recht gut, und nach einer gewissen Zeit ist von Dschinnen keine Rede mehr. Manche Patienten gehen auch während der Therapie zum traditionellen Heiler, ggf. auch heimlich, besonders dann, wenn der Therapieerfolg ausbleibt. Daher ist es wichtig, dass diese Erfahrungen des Patienten in der Therapie kommunizierbar bleiben, gelegentlich kann man sie sogar therapeutisch nutzen. Echte Konflikte gibt es eigentlich nur, wenn traditionelle Heiler eine Therapie boykottieren, dann muss sich der Patient entscheiden, was er will.

Der Umgang mit häuslicher Gewalt

Hier gibt es keinen religiösen oder kulturellen „Sonderbonus“. Häusliche Gewalt entsteht häufig aus einem Bündel von Ursachen, die nicht immer Ausdruck einer pathologischen Persönlichkeitsorganisation sein müssen. Ängste, Kränkungen, Hilflosigkeit, aber auch fehlendes Unrechtsbewusstsein, das Kontakteinschränkung, Wegnahme von Handy oder Geld gar nicht als Gewalt einstuft. Der Umgang mit diesem Komplex sollte daher professionell und umsichtig erfolgen und der erforderliche Schutz des Opfers sich in ein Gesamtbündel von Maßnahmen integrieren.

Literatur

Laabdallaoui, Malika, Rüschoff, Ibrahim (2009), Ratgeber für Muslime in psychischen und psychosozialen Krisen, Mössingen.

Laabdallaoui, Malika, Rüschoff, Ibrahim (2009). Umgang mit muslimischen Patienten, Bonn.

Website des Zentralrates der Muslime in Deutschland (ZMD): www.islam.de

Heiler und Geheilte

Psychische Erkrankung und Therapie in afrikanischer Perspektive

Von Arne S. Steinforth

Der Artikel reflektiert Fremdheit in der Auseinandersetzung mit psychischer Erkrankung am Beispiel eines afrikanischen Kontextes. Er gibt Einblick nicht nur in die interkulturellen Anforderungen an die Psychiatrie, sondern auch jenseits europäischer Zusammenhänge und stellt alternative Referenzsysteme für das Verständnis von psychischer Erkrankung und erfolgreicher Therapie gegenüber. Hierbei stellt er die soziale Rolle des Therapeuten selbst in den Vordergrund und plädiert für eine erhöhte Sensibilität gegenüber soziokulturellen Erfordernissen der sozialpsychiatrischen Arbeit. Die präsentierten Daten entstammen ausgedehnten medizin-ethnologischen Feldforschungen in Malawi zwischen 2004 und 2010.

Arne S. Steinforth
ist Ethnologe und hat mit einer Arbeit zur Transkulturellen Psychiatrie in Malawi promoviert. Er lehrt am Institut für Ethnologie in Münster.

Der diensthabende Psychiater im Zomba Mental Hospital, der staatlichen psychiatrischen Anstalt in Malawi, südöstliches Zentralafrika, wirkt verständnislos. In den meisten Fällen, so berichtet er, werden zukünftige Klienten von ihren Verwandten am Tor der Psychiatrie abgeliefert und ohne jegliche Informationen zur Anamnese zurückgelassen. Obwohl er selbst aus Malawi stammt, ist der Psychiater, der seine berufliche Ausbildung in Australien absolviert und auch einen Großteil seiner bisherigen Berufserfahrung dort gesammelt hat, frustriert über das Verhalten seiner Landsleute. Häufig, so berichtet er, bemüht er sich über Wochen, Kontakt zur Familie eines stationär behandelten Klienten herzustellen, stößt bei seinen Bemühungen aber auf geringes Interesse. Auch nach erfolgreicher Therapie wollen gerade in den großen ländlichen Teilen Malawis viele Menschen ihre als geheilt aus der Psychiatrie entlassenen Verwandten nicht zurück: die psychiatrische Anstalt, wie mehrere malawische Krankenschwestern bestätigen, scheint für Viele mehr Deponie für nicht mehr als integrationsfähig angesehene Mitglieder der Gesellschaft zu sein als eine tatsächliche Heilinstanz. Und auch unter seinen Klienten sieht der diensthabende Psychiater ein geringes Maß an Vertrauen auf einen Therapieerfolg: immer wieder überwinden Klienten die hohen Mauern und Zäune der Psychiatrie – nicht um zu ihrer Familie zurückzukehren, sondern um die alternativen Dienstleistungen von lokalen Heilspezialisten in Anspruch zu nehmen.

> Immer wieder überwinden Klienten die hohen Mauern und Zäune der Psychiatrie – um die alternativen Dienstleistungen von lokalen Heilspezialisten in Anspruch zu nehmen

Es bietet sich vordergründig an, derartige Beobachtungen auf die verringerten Möglichkeiten einer personell überforderten sowie materiell unterversorgten Institution und die damit einhergehend reduzierte Bandbreite therapeutischer Optionen zurückzuführen. Tatsächlich ist in Malawi die Verfügbarkeit psychiatrischer Dienste gering: als einzige staatliche Psychiatrie ist das Zomba Mental Hospital mit seinen 250 Betten nominell für 13 Mio. Einwohner zuständig. Jenseits dieser infrastrukturellen Erwägungen aber reflektieren die Missstände in der Kommunikation zwischen ländlicher Bevölkerungsmehrheit und psychiatrischen Spezialisten insbesondere auch soziokulturelle Faktoren.

Krankheit und Heilung im Kontext

Die unterschiedlichen Sprachen Malawis – wie etwa die Staatssprache Chichewa – kennen eine Reihe von terminologischen Kategorien zur Klassifizierung von psychischen Erkrankungen. Dabei handelt es sich nicht um esoterisches, monopolisiertes Expertenwissen, sondern um auch für Laien verständliche, vielfach pejorativ besetzte und anhand von behavioralen Kriterien definierte Begrifflichkeiten.

In der malawischen Basisgesundheitsversorgung kommt lokalen Heilern bis in die Gegenwart eine prominente Rolle zu. In jedem Dorf, auf jedem Markt sind diese lokalen Spezialisten anzutreffen und stellen ihre Dienste für einen erschwinglichen Preis ortsnah zur Verfügung. In ihrer Praxis verbinden diese Heiler, die in der Staatssprache Chichewa als sing'anga (pl. asing'anga) bezeichnet werden, den phytotherapeutischen Einsatz von lokal verfügbaren Pflanzen mit rituellen Elementen. Und während diese asing'anga im Falle alltäglicher Beschwerden

einen sehr pragmatischen Ansatz verfolgen, so ist ihr Verständnis von psychischer Erkrankung tendenziell anhand kosmologische Konzepte definiert – also Hexerei (ufiti), die Machenschaften von Ahnengeistern (mizimu) oder göttliche Bestrafung. Dabei orientiert sich die Therapie nicht an den Symptomen des Klienten – das Verhalten, welches ein Mensch im Zusammenhang mit seiner psychischen Erkrankung an den Tag legt, spielt keine nennenswerte Rolle für lokale Diagnostik und Therapiefindung (s. Steinforth 2009). Die therapeutische Leistung des sing'anga ist die Wiederherstellung wechselseitig vorteilhafter Beziehungen zwischen menschlicher und kosmologischer Sphäre, die Vermittlung zur Lösung von Konflikten zwischen Leidenden und spirituellen Akteuren.

Ein sing'anga orientiert sich nicht an den Symptomen des Klienten. Seine therapeutische Leistung ist die Wiederherstellung wechselseitig vorteilhafter Beziehungen zwischen menschlicher und kosmologischer Sphäre

Die zur Ausübung dieser Tätigkeit notwendige Kompetenz erwirbt sich ein sing'anga durch seinen spezifischen Ausbildungsgang. Malawische Heiler berufen sich in der Regel auf eigene Leidenserfahrung – insbesondere in Form von psychischer Erkrankung –, die erst nach langen Therapiebemühungen endlich auf das Wirken eines Ahnengeistes (mzimu) zurückgeführt werden kann. Die Erkrankung repräsentiert hierbei den Versuch dieses Geisterwesens, auf sich aufmerksam zu machen. Wird nun – dank der Vermittlung eines sing'anga – Kontakt zu dem entsprechenden mzimu aufgenommen, so erklärt dieser die Erkrankung als spirituelle Berufung des Klienten zum Heiler. Durch Beginn der Tätigkeit als sing'anga wird schließlich ein harmonisches Verhältnis zwischen dem vormaligen Klienten und seinem verstorbenen Vorfahren wiederhergestellt, der seinerseits die Unterweisung des frischgebackenen Heilers in Form von nächtlichen Visionen übernimmt.

Kranke Heiler

Ein sing'anga versteht sich insofern nicht als Empiriker. Sein beruflicher Werdegang bietet vielmehr Schnittstellen zu dem 1968 von Victor W. Turner formulierten Konzept der ‚Leidenskulte' oder cults of affliction (s. Turner 1968). Bei den von Turner untersuchten Ndembu in Sambia wird eine psychische Erkrankung, die als Heimsuchung durch Geisterwesen erklärt wird, mit Hilfe bestimmter ritueller Aktivitäten in eine lebenslange, quasi symbiotische Beziehung zwischen Person und Geisterwesen transformiert.

Auch John Janzen's auf den größeren afrikanische Kontext ausgeweitete Idee des ngoma geht aus von einer sozialen Institution, die psychisches Leid im Rahmen einer mehrmonatigen therapeutischen Initiation in Heilkompetenz umwandelt – und deren Legitimation aus der engen Beziehung zwischen Mensch und Geisterwesen abgeleitet wird (s. Janzen 1991). Anders als diese Konzepte jedoch erfordert die spirituelle Initiation eines malawischen sing'anga nicht die Existenz einer Kultgruppe.

Ein malawischer Heiler beschreibt den Ablauf dieser Initiation so: „Drei Viertel aller Heiler lernen ihre Medizin von den Geistern (mizimu). Erst werden sie krank, dann werden sie ständig bewusstlos; später erfahren sie von den Geistern (mizimu) über einige Arten von Heilmittel. Diese Medizin, wenn man sie einer Person ohne Fehler verabreicht, heilt die Patienten" (Fedson Chiwarika, persönliches Interview).

Andere asing'anga berichten ausführlich über ihre eigenen Krankheitserfahrungen: „Nach seinem Tode war ich vom Geist meines Vaters besessen, und ich litt darunter für eine lange Zeit. Während dieser Krankheit war ich geistig verwirrt. Ich versuchte alles, ging zu verschiedenen Heilern. Aber viel später erst fand einer heraus, dass es der Geist meines Vaters war, der mich ergriffen hatte. Man sagte mir, ich solle ihm Opfer darbringen, wenn ich gesund werden wollte, und sobald ich das getan hatte ging es mir besser. [...] Bis heute träume ich immer wieder von bestimmten Heilmitteln, die für diese oder jene Erkrankung gut sind. [...] Das kommt vom Geist meines Vaters, der selbst auch ein Heiler (sing'anga) war" (Francisco Motta in einem persönlichen Interview).

Eine psychische Erkrankung wird als Ausdruck einer spirituellen Berufung zum Amt des Heilers betrachtet

Die hier wiedergegebenen kurzen Narrative über das lokale Verständnis von therapeutischer Kompetenz entsprechen einem nicht nur in Malawi weit verbreiteten Modell. Auch im weiteren regionalen Kontext des südöstlichen Afrika ist die Vorstellung von psychischer Erkrankung als Ausdruck spiritueller Berufung zum Amt des Heilers ein sehr prävalentes Motiv (vgl. Whyte 1997; West 2006). Die Initiation des Heilers weist insofern strukturelle Ähnlichkeit auf mit einer ‚Schamanenkrankheit' – dem viel diskutierten Grundprinzip der Krankheitsberufung in bestimmten Formen des Schamanismus, die Mircea Eliade (1956) unter dem Stichwort des ‚verwundeten Heilers' (wounded healer) anspricht.

Therapeuten als Vermittler

Es ist aus ethnologischer Perspektive nicht weiter relevant, ob die von malawischen asing'anga erhobenen Ansprüche auf spirituelle Berufung mit unserer eigenen Vorstellungswelt in Einklang zu bringen sind oder nicht; wichtig ist vielmehr, dass die besagten Ansprüche von der Gesellschaft akzeptiert und validiert werden – und dass sie Raum bieten zur Reinterpretation des persönliches Leids auf der Basis sozial akzeptierter religiöser Bezugssysteme und somit gleichzeitig zur Reintegration der betroffenen Menschen in ihre sozialen Kontexte.

Rezente Entwicklungen zeigen, dass auch pfingstkirchliche Gemeinden in Afrika verstärkt Dienste zur Heilung von (psychischen) Erkrankungen anbieten (s. Steinforth 2009). Auch in diesem Diskurs, in dem dämonische Mächte als Verursacher von Erkrankung in den Vordergrund treten, wird dem persönlichen Leid im kollektiven Kontext begegnet, sozialer Rückhalt gestärkt und einer Stigmatisierung entgegengewirkt (s. Goffman 1967). Ähnlich wie der pfingstkirchliche Prediger ist der sing'anga insofern kein Therapeut im engeren Sinne. Seine Kernkompetenz liegt vielmehr im Bereich des Empfangens und Vermittelns von

spirituellem Wissen, ist also definiert durch seine persönlichen Austauschbeziehungen mit der kosmologischen Sphäre, die nur unter anderem für therapeutische Zwecke nutzbar sind.

In der Gegenwart bietet das institutionelle Grundkonzept der malawischen Anstaltspsychiatrie eine geringe Anschlussfähigkeit an lokale Sinnzusammenhänge. Die Behandlung in einer ‚geschlossenen Anstalt' repräsentiert außerdem einen nicht zu unterschätzenden Bruch sozialer Bindungen, der nur im Falle sozial bereits tiefgreifend gestörter Beziehungen in Kauf genommen wird. Abgesehen von kolonialen Institutionen wie Gefängnissen und Kasernen existiert im malawischen Kontext kein indigenes Modell derart ‚totaler Institutionen' (s. Goffman 1961). Die Einweisung in die Psychiatrie geht mit einem temporären Ausschluss aus der Gemeinschaft einher, der später nur schwer rückgängig gemacht werden kann.

Warum ich? Auf diese elementare Frage kann klinische Psychiatrie im Rahmen der verfügbaren Leistungen keine Antwort geben

Der Sinn des Leidens

Die Bandbreite der lokal verfügbaren Leistungen klinischer Psychiatrie ist insofern beschränkt. Sie kann den betroffenen Menschen zunächst keinen sozial anschlussfähigen Sinnzusammenhang anbieten, der das Auftreten von psychischer Erkrankung begreifbar macht und die auf persönlicher wie auch auf sozialer Ebene elementare Frage: ‚Warum ich?' beantwortet. Sicherlich liegen derartige seelsorgerische Dienste außerhalb des engeren Arbeitsfeldes einer infolge infrastruktureller Unwägbarkeiten reduzierten Anstaltspsychiatrie; aber auch eine Einbindung externer Angebote, die religiöse Referenzsysteme in die psychiatrische Praxis einführen könnten, ist bisher nicht substantiell nachweisbar (s. Steinforth 2009). Dabei belegt eine Anzahl von rezenten Studien, dass kosmologische Erklärungsmodelle und darauf aufbauende Therapieformen den psychiatrischen Behandlungserfolg mitunter beträchtlich fördern können – insbesondere im Kontext von ethnisch bzw. religiös heterogenen Gesellschaften (s. Blanch 2007). Des Weiteren unterstreichen neuere Untersuchungen die Wichtigkeit einer für den Klienten sinnstiftenden Erklärung seiner Gesundheitsprobleme, um etwa dem Abbruch der Behandlung entgegenzuwirken (s. Kortmann 2010).

Kosmologische Erklärungsmodelle und Therapieformen, die darauf aufbauen, können den psychiatrischen Behandlungserfolg fördern

Die Praxis der Sozialpsychiatrie

Für die Praxis der Sozialpsychiatrie lassen sich hieraus unterschiedliche Schlussfolgerungen ableiten. Zunächst ist festzustellen, dass Migrationsprozesse nicht nur im europäisch-nordamerikanischen Kontext eine Rolle spielen; im Gegenteil ist die Präsenz der Psychiatrie selbst zum Beispiel in afrikanischen Ländern Ausdruck globalisierter Austauschbeziehungen, die heterogene – pluralistische – Bezugsfelder von psychischer Erkrankung erzeugen. Die daraus resultierende subjektive Wahrnehmung kultureller Fremdheit beruht insofern auf Gegenseitigkeit, und es ist die Herausforderung einer interkulturell erfolgreichen Psychiatrie, hier eine möglichst breite Anschlussfähigkeit zu erzielen. Das hier vorgestellte Beispiel Malawis, das mit Einschränkungen auch für größere Teile Afrikas Gültigkeit beanspruchen kann, betont die kosmologische Eingebundenheit der sozialen sowie persönlichen Wahrnehmung von psychischer Erkrankung und unterstreicht insofern die Bedeutung einer diskursiven Anerkennung - wenn nicht gar institutionellen Einbeziehung – religiöser Erklärungsansätze in die psychiatrische Arbeit. Gleichzeitig identifiziert der Beitrag die soziale Dekontextualisierung der Klienten durch ihre Einweisung in die ‚totale Institution' Psychiatrie als maßgebliches Hindernis für eine positive Erfahrung psychiatrischer Therapieansätze. Es sind aus dieser Perspektive also nicht die im engeren Sinne therapeutischen Handlungen, die transkultureller Übersetzbarkeit bedürfen, sondern ihre weitere, soziale und kosmologische Lokalisierung. Dadurch können nicht nur auf Klientenseite grundlegend wichtige Sinnzusammenhänge gestiftet oder sogar bereits angelegte Synergien – wie etwa durch eine verstärkte Einbindung der Verwandtschaftsgruppe – für die therapeutische Arbeit nutzbar gemacht werden.

Literatur

Blanch A. 2007. Integrating Religion and Spirituality in Mental Health: The Promise and the Challenge. Psychiatric Rehabilitation Journal, 30(4): 251–260.

Eliade M. 1956 (1951). Schamanismus und archaische Ekstasetechnik. Zürich & Stuttgart: Rascher Verlag.

Goffman E. 1961: Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York: Doubleday.

Goffman E. 1967 (1963): Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Janzen J. M. 1991. 'Doing Ngoma': A Dominant Trope in African Religion and Healing. Journal of Religion in Africa, 21(4): 290–308.

Kortmann F. 2010. Transcultural Psychiatry: From Practice to Theory. Transcultural Psychiatry, 47(2): 203–223.

Steinforth A. S. 2009. Troubled Minds: On the Cultural Construction of Mental Disorder and Normality in Southern Malawi. Frankfurt a.M.: Peter Lang.

Turner V. W. 1968. The Drums of Affliction: A Study of Religious Processes among the Ndembu of Zambia. Oxford: Clarendon Press.

West H. G. 2006. Working the Borders to Beneficial Effect: The Not-So-Indigenous Knowledge of Not-So-Traditional Healers in Northern Mozambique. In Luedke T. J. & West H. G. (eds.), Borders and Healers: Brokering Therapeutic Resources in Southeast Africa, 21–42. Bloomington: Indiana University Press.

Whyte S. R. 1997. Questioning Misfortune: The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda. Cambridge: Cambridge University Press.

Kontakt

Dr. phil. Arne S. Steinforth
Institut für Ethnologie, Westfälische Wilhelms-Universität, Studtstraße 21, 48149 Münster, Tel.: 0251 – 83-27311,
Email: :steinfa@uni-muenster.de

Psychische Probleme und Erkrankungen der „Russlanddeutschen“

Von Vitalij Kazin

Seit dem Beginn der Gorbatschow´schen Perestrojka Mitte 80er Jahre in der ehemaligen UdSSR kamen circa drei Millionen russlanddeutsche Spätaussiedler nach Deutschland. Hier mussten die Migranten und Migrantinnen bestimmte Integrationsstufen durchlaufen im Sinne einer Identitätsfindung. Diese Zeit ohne qualifizierte Unterstützung durchzustehen, fiel nicht allen leicht, sodass sich bei nicht wenigen Spätaussiedlern aus GUS-Staaten vor allem Suchtprobleme und affektive Störungsbilder manifestierten.
Ein spezielles psychiatrisch-psychotherapeutisches Angebot für die russischsprachige Bevölkerung in Kaufbeuren konnte einen Teil der Spätaussiedler mit vielseitiger psychosozialer Problematik erreichen und zur Bewältigung der psychischen Krise bzw. Erkrankungen beitragen.

Vitalij Kazin
ist Oberarzt am Zentrum für Psychotherapie und Heilpädagogik des Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. Er ist Dozent und leitet die russischsprachige Ambulanz in Kaufbeuren.
vitalij.kazin@bkkh-kaufbeuren.de

Von 1987 bis 2009 kamen circa drei Millionen Spätaussiedler aus den GUS-Staaten nach Deutschland. Sie stellten somit die größte Gruppe aller Migrant/-innen in der Bundesrepublik Deutschland dar (Bundesverwaltungsamt 2009). Mit der Auflösung der Sowjetunion 1991 endete die Ära der ineffektiven, ideologisierten sozialistischen Wirtschaft mit der propagandistischen Politisierung des Lebens.

In den folgenden wirtschaftlichen und politischen Umwälzungen suchten viele Russlanddeutsche nach einer neuen Identität und nach neuen Werten. In den 90er Jahren wurde vielerorts den Deutschen die Heimat entzogen. So erfolgte etwa in Kasachstan, wo die meisten Russlanddeutschen nach ihrer Deportation lebten, von heute auf morgen ein nationalistischer Umbau. Die kasachische Sprache wurde offizielle Amtssprache, muslimische, religiöse Werte gewannen Vorrangstellung, die Verteilung der Arbeitsplätze erfolgte nach dem Nationalitätsprinzip und nach Kenntnis der Sprache. Mit dieser Entwicklung konnten sich die meisten Russlanddeutschen nicht identifizieren. Es kam zu einer gewaltigen Auswanderungswelle nach Deutschland. Es schien viel einfacher, neue Wurzeln in der alten Heimat Deutschland zu schlagen als im fremden Russland oder Kasachstan vor dem Hintergrund einer schwierigen 240 jährigen Geschichte der Russlanddeutschen. Insbesondere das Schicksal dieser Menschen nach dem zweiten Weltkrieg mit weitgehender Entrechtung, Zerstörung der nationalen Identität ist beispiellos. In den letzten Jahren der Aussiedlungswelle spielt jedoch der Wunsch nach einem Leben in einem gesetzlich und wirtschaftlich geschützten Raum, der in den Auswanderungsländern nicht gegeben war, eine nicht unerhebliche Rolle.

Phasenmodell der Integration Russlanddeutscher

Kossolapow (Kossolapow 1992) gliedert sein Phasenmodell im Bezug auf die gesamte Aussiedlerpopulation in vier Integrationsstufen.

1. Einstiegsphase (das erste Aufenthaltsjahr), die durch eine optimistische Grundhaltung, hohe Erwartungen, eine stark materielle Ausrichtung geprägt ist.
2. Kontaktaufnahmephase (das zweite und dritte Aufenthaltsjahr) als eine kritische Phase, die durch eine bewusste Wahrnehmung von Unterschieden (zum Beispiel Einstellungen, Werthaltungen, Traditionen, Lebensformen) zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland gekennzeichnet ist.

3. Einbezugsphase (das vierte und fünfte Aufenthaltsjahr), welche die Bewältigung der Integrationsprobleme darstellt.

4. Identitätsfindungsphase (nach fünf Jahren) welche sich in drei Verhaltensalternativen aufteilen kann:
a) Anpassung unter Verdrängung der Herkunftsspezifika,
b) Subgruppenbildung unter Betonung der eigenen Besonderheiten und
c) Entwicklung einer Mischkultur, die die Anteile beider Kulturen verarbeitet.

Dieses Modell hat eine große praktische Bedeutung, obwohl der zeitliche Ablauf der beschriebenen Phasen selbstverständlich nur zur groben Orientierung dient. Das oberste Gebot der Arbeit mit den Aussiedlern ist die Begleitung in Richtung Identitätsfindung mit der Integration beider Kulturen nach dem Prinzip „sowohl als auch“.

Die psychische Gesundheit von Russlanddeutschen

Migration stellt eine tief greifende Veränderung dar, welche die personale Identität fördern aber auch gefährden kann. Die Veränderung erfasst die bedeutsamsten Menschen und wertvollsten Objekte: Familienangehörige, Heimatorte, Sprache, Kultur, Gebräuche, Klima, manchmal den Beruf. Gesellschaftliche und ökonomische Stellungen werden verlassen oder gehen verloren. An allem haften Erinnerungen und intensive Gefühle. Mit dem Verlust dieser Objekte sind die Beziehungen zu ihnen und manche Anteile der Person ebenfalls von Verlust bedroht (vgl. Grinberg und Grinberg, 1990).

Der Wegfall von protektiven Faktoren (psychosoziale Kompetenzen, klare Rollenverteilung in der Familie mit Verschiebung zum „patriarchalischen Stil“, hohe materielle Stellung im Herkunftsland, berufliche Stabilität) und „Kulturschock“ mit nachfolgender Identitätsdiffusion korrespondiert mit der Bezeichnung der Russlanddeutschen in Deutschland als „Russen“, obwohl sie im Herkunftsland „Deutsche“ waren. Gefolgt von fehlender sozialer Anerkennung, Sprachproblemen, nicht anerkannten Ausbildungen und erhöhter Arbeitslosigkeit (Die hohen Arbeitslosenzahlen unter Spätaussiedlern -18% - im Vergleich zu Einheimischen - 10,1% -)(Dietz 1999, 2003) ist die gesamte Integration von Spätaussiedlern als erschwert anzusehen.

Die eingereisten Deutschen aus Russland und anderen GUS-Staaten haben häufig damit zu kämpfen, eine Entscheidung zu treffen, ob Vorteile (das Gewonnene) der Aussiedlung die Nachteile (den Verlust) überwiegen.

Insbesondere in der Kontaktaufnahmephase werden psychosomatische und depressive Syndrome sowie Suchterkrankungen (Drogen- und Alkoholabhängigkeit) und Psychosen beobachtet. Einerseits aufgrund mangelnder spezialisierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote in russischer Sprache (bis man fließend Deutsch spricht, um Psychotherapieangebote in Anspruch zu nehmen, vergehen einige Jahre) andererseits aufgrund des Misstrauens gegenüber den offiziellen Institutionen (Missbrauch der Psychiatrie zu politischen Zwecken in der Ex-UdSSR) bleibt die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe weitgehend auf diesem Gebiet auf der Strecke. Gleichzeitig hat sich in Deutschland ein großer Markt von Heilern, Hellsehern und Kartenlegern in russischer Sprache herausgebildet, die häufig als Erstkontaktstelle den psychologisch-psychotherapeutischen Bedarf der eingereisten Russlanddeutschen „abdeckt“.

Als kleine Illustration dazu Überschriften des Werbungsteils aus einer in Deutschland herausgegebenen Zeitschrift in russischer Sprache „Janzen“: „Magische Hilfe in schwierigen Lebenssituationen“, „Befreiung von Depression und Schlaflosigkeit“, „Wegbringen/Abbeten von Verdammnissen“, „Öffnen der Fenster in deine Zukunft“, „Kartenlegen in Sachen Schicksal“, „Heile alles, Diagnostik vergangenen und jetzigen Karmas“, „zigeunerische Magie und Zauberei für alle Lebenssituationen“ usw. Alles sollte per Telefon oder Zusenden der eigenen Fotos schnell und unbürokratisch, Hauptsache das Geld stimmt, erledigt werden. Es wird gegen Geld vieles versprochen unter anderem die Heilung aller körperlichen und seelischen Erkrankungen, Alkohol- und Drogensucht, Angst und Stress an der Arbeit oder in der Beziehung, Erreichen des persönlichen Glückes. Mit Hilfe der „weißen Magie“ und esoterischem Abbeten sollen quasi alle Weltprobleme gelöst werden.

Russischsprachige Außensprechstunde in Kaufbeuren und Neugablonz

Nach einer Selbstmord-Serie (schwer depressive Patienten und Suchtkranke nach erfolgloser „Kodierung“ (hypnotisches Verfahren) gegen Drogen- oder Alkoholsucht) in den letzten Jahren unter Russlanddeutschen in Kaufbeuren und Neugablonz vor allem durch Erhängen (es war häufig zu hören: „lieber erhänge ich mich, als dass ich in die Psychiatrie gehe“) mussten dringend zwei Außensprechstunden für russischsprachige Bürger durch die Ambulanz des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren installiert werden. Das Projekt erfolgte unter aktiver Teilnahme des Vereins Deutsche aus Russland e.V. (Leiter: Vladimir Walter) in den Räumen des Vereins in der Gewerbestrasse 13 im Stadtteil Kaufbeuren Neugablonz und des Seelsorgezentrums Kaufbeuren (Diakon Wolfgang Stock, Aussiedlerseelsorge) in der Ludwigstrasse 24 in Kaufbeuren.

Zu Beginn der Inbetriebnahme dieser Außensprechstunde wurde bei vielen Besuchern Geldmangel angegeben und damit die Unfähigkeit, die Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro zu bezahlen. Angesichts der schwierigen Situation mit der psychiatrischen Versorgung der Russlanddeutschen in Kaufbeuren und Umgebung mussten wir zum großen Teil kostenlose Beratungsangebote machen. Diese reichten von Aufklärung der Mütter in Sachen Kindererziehung, Drogen- und Suchtberatung, Eheberatung und Beratung über Umgang mit psychischen Erkrankungen bis hin zur Demenzsprechstunde.

Parallel zum Aufbau der Vertrauensbeziehungen kamen die russischsprachigen Bürger zu den Einzelterminen, wobei als Erstes eine Lawine an Alkoholkranken die Sprechstunde überrollte. So mussten einige Notaufnahmen mit akuter Alkoholvergiftung und/ oder schweren Entzugssyndromen z.T. Alkoholdelir direkt ins Bezirkskrankenhaus vermittelt werden. Gleichzeitig erfolgte die Aufklärung über die Suchterkrankungen, über die Abgrenzung des Suchtmittelmissbrauchs vom normalen Suchtmittelkonsum und die Entmystifizierung der Alkoholsucht in Form von Beratung. In diesem Zusammenhang kamen die Spätaussiedler mit Fragen in Sachen des Führerscheinentzuges, Zuständigkeit in Behördenangelegenheiten, Antragstellung für Langzeittherapie auf uns zu.

Die Auseinandersetzung mit den Suchtkranken brachte ihre Familienangehörigen ins Gespräch, hierunter kamen einige der „geschlagenen Frauen“ von alkoholkranken Ehemännern mit zur Beratung und fanden Hilfe. Aufgrund der erhöhten Prävalenz der Drogenabhängigkeit (Vitalij Kazin 2006, 2010) unter jungen Spätaussiedlern in Kaufbeuren war ebenfalls eine intensive Aufklärungsarbeit notwendig.
Während die Beratungsstunde durch ihre Arbeit zunehmend an Anerkennung gewann, haben Spätaussiedler uns auch andere Probleme anvertraut. So kamen die ersten depressiven und „psychosomatischen“ Patienten, die von deutschen Ärzten mit „drei Mi-

nuten-Gesprächen“ und der Verschreibung von Medikamenten enttäuscht waren.

Dann stellten sich Menschen mit chronischen schizophrenen Erkrankungen, ADHS, Essstörungen, Männer mit Potenzstörungen, Kinder mit schulischen Schwierigkeiten und zur Testung der Intelligenz, Schmerzpatienten, Patienten mit Krebs im Endstadium, somatische Patienten mit schwieriger Blutdruckeinstellung, Lumboischialgie, z.N. Herzoperationen (protrahierte Halluzinationen nach der Vollnarkose), Patienten nach Schlaganfall und nachfolgenden kognitiven Defiziten vor. Immer wieder kamen Patienten mit posttraumatischen Störungen: Gewalterfahrungen bei der Deportation während des zweiten Weltkrieges, Tod der Familienangehörigen und Eltern im stalinistischen Lager oder Gefängnissen usw. Einige Spätaussiedler waren durch Kriege unserer Zeit hochgradig traumatisiert z.B. durch den Bürgerkrieg in Tadschikistan. Schließlich besuchten die Sprechstunde auch junge Familie mit „normalen“ Familienkonflikten und/oder Problemen mit Schwiegereltern. Der Bedarf nach Beratung bestand nicht zuletzt bei Menschen, die ihre Erfahrungen mit der Übersiedelung austauschen und über damit verbundene Gefühle sprechen möchten. Ein Teil der Besucher wurde in die ambulante oder stationäre Hilfen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems in Kaufbeuren und Umgebung vermittelt.

Die Bedeutung der Sprechstunde gewinnt zunehmend im Bereich der Früherkennung psychischer Erkrankungen der Spätaussiedler aus GUS-Staaten im Gesamtkonzept der Netzwerkarbeit Stadt Kaufbeuren (Netzwerk Spätaussiedler, Integrationsforum), Verein der Deutschen aus Russland e.V. (Öffentlichkeitsarbeit, Fachvorträge und Aufklärung über psychische Störungen) und des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren (spezielle ambulante Angebote für ausländische Bevölkerung) an Bedeutung.

Diskussion und Ausblick

Psychische Erkrankungen treten gehäuft bei größeren Veränderungen der Lebensverhältnisse auf, wovon Spätaussiedler selbstverständlich enorm betroffen sind, vielfach sind sie traumatisiert. Es handelt sich um eine Bevölkerungsgruppe, die besonderen Umgangs bedarf. Spätaussiedler sind bikulturell, sie denken, fühlen und sprechen zweisprachig. Gerade in den ersten Jahren der Aussiedelung nach Deutschland, wobei die sprachlichen Kenntnisse für eine freie Kommunikation nicht ausreichen, braucht diese Bevölkerungsgruppe eine psychologische und intensive menschliche Unterstützung. Zu groß sind die politischen und ökonomischen Unterschiede zwischen Deutschland und den GUS-Staaten. Die Unterschiede im Gesundheitssystem sind beträchtlich.

Spätaussiedler sind bikulturell, sie denken, fühlen und sprechen zweisprachig

Aus Sicht der Spätaussiedler ist das deutsche Gesundheitssystem unüberschaubar, sie brauchen deswegen einen „Dolmetscher für das Gesundheitssystem“, der sie im Falle des Auftretens einer psychischen Krankheit gut begleiten und die multidisziplinäre Arbeit koordinieren kann. Diese Funktion übernahmen zwei russischsprachige Ambulanzen des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren, die in den Stadtteilen Kaufbeuren integriert sind. Die Ziele dieser Arbeit neben Prävention sind die Diagnostik der psychischen Erkrankungen und die Vermittlung dieser Patienten in spezifische Angebote des deutschen GKV-System. Diese Sprechstunden dienen zum Abbau von Vorurteilen gegenüber der Psychiatrie und wirken positiv auf die Integration der russlanddeutschen Spätaussiedler in Deutschland.

Bikulturalität erfordert bikulturelles Verständnis, Kenntnisse beider Kulturen müssen mit in die Therapie einbezogen werden, um dieser Migrantengruppe adäquat und rechtzeitig helfen zu können. Nicht zufällig kommen die Betroffenen z.B. im hausärztlichen Bereich zu den Kollegen, die früher in Ostdeutschland gearbeitet haben und/oder ein Paar Worte Russisch sprechen können. Wie unsere Praxis zeigt, sind die Bedürfnisse der Spätaussiedler sehr unterschiedlich. Die Tendenz, viele Beschwerden zu einer somatischen Erkrankung zusammenzufassen, ist auf beiden Seiten groß: psychisch erkrankte Russlanddeutsche auf der einen Seite - „sprachlose“ Patienten können nicht darüber reden und wollen auch nicht auffallen - und der Arzt im deutschen Gesundheitssystem auf der anderen Seite. Zu komplex und vielschichtig sind die Probleme bei zugereisten Russlanddeutschen und immer weniger Zeit steht ihm im Arbeitsalltag zur Verfügung. Eine Aufklärungskampagne über psychische Erkrankungen, die in Form von Vorträgen (in Russisch und Deutsch) mit Diskussionen und Veröffentlichung der Zeitungsartikel fand statt, sie weckte unter anderem viel Interesse für die Russlanddeutschen seitens der einheimischen Bevölkerung und der Ärzte.

Die Betreuung der psychisch kranken Spätaussiedler stellt zur Zeit eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem dar. Sie erfordert multikulturelle Kenntnisse und Interessen aller professionellen Gruppen unter Einbeziehung de russischsprachigen Berater bzw. Therapeuten („Key-Person“-Konzept).

Literatur

Bundesverwaltungsamt (2009) Jahresstatistik Aussiedler. http://www.bundesverwaltungsamt.de

Dietz B (2003) Historische, politische und sozialwissenschaftliche Aspekte der Einwanderung russischsprachiger Aussiedler. In: Spätaussiedler. Interkulturelle Kompetenz für die Straffälligenhilfe und den Justizvollzugsdienst. Herausgegeben vom DBH Bildungswerk. Mönchengladbach: 9-34.

Dietz B (1999) Jugendliche Aussiedler in Deutschland: Risiken und Chancen der Integration. In: Bade KJ, Oltmer J (Hrsg.). Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa. Osnabrück Rasch: 153-176.

Grinberg L, Grinberg R (1990) Psychoanalyse der Migration und des Exils. München

Kazin V (2006) Untersuchung an opiatabhängigen und nicht-opiatabhängigen männlichen, russlanddeutschen Spätaussiedlern. Eine retrospektive Vergleichstudie. Dissertation. Med. Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München. http://edoc.ub.uni-muenchen.de/archive/00006078/ 1-171.

Kazin V (2010) Migration und Opiatabhängigkeit bei russlanddeutschen Spätaussiedlern. Das transkulturelle Psychoforum Nr. 17.Migration und kulturelle Verflechtung. Hrsg. Thomas Heise. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, 221-233.

Kossolapow L (1992) Kulturarbeit mit Aussiedlern als phasenspezifischer Prozeß. In W.Althammer & L.Kossolapow (Hrsg.). Aussiedlerforschung: Interdisziplinäre Studien. Köln u.a: Böhlau.

Kulturelle Zerrissenheit als Krankheitsrisiko?

Eine migrationspädagogische Erweiterung der Kulturkonfliktthese

Von Andreas Foitzik

Der Beitrag benennt Fallstricke der Kulturkonfliktthese und stellt die Frage nach spezifischen Belastungssituationen der zweiten und dritten Generation in einen weiteren Zusammenhang. Statt der Reduzierung der Lebenswirklichkeit der Jugendlichen auf die Perspektive der kulturellen Differenz stellt er erstens einen multiperspektivischen Ansatz vor, der zweitens statt der problematischen Umgangsweisen der Jugendlichen ihre Bewältigungsstrategien in den Fokus rückt. Drittens präzisiert er die Belastungssituation der zweiten und dritten Generation als traumatische Rassismuserfahrung im Rahmen der paradoxen Anforderungen von Assimilierung und Besonderung.

Andreas Foitzik
ist Leiter des Jugendmigrationsdienstes der Bruderhaus-Diakonie Reutlingen.

Die öffentliche und fachliche Wahrnehmung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist von dem Bild der kulturellen Zerrissenheit bestimmt - prägnant zusammengefasst in der Metapher „Leben zwischen zwei Stühlen“. Die kulturelle Zerrissenheit zwischen Eltern und Tradition auf der einen und Peers und Aufnahmegesellschaft auf der anderen Seite führe zu einer problematischen Identität aus Versatzstücken. Aus sozialpsychiatrischer Perspektive schließt sich die Frage an, ob dieser Kulturkonflikt als potentielles Krankheitsrisiko zu werten ist. „Zwischen den Stühlen“ ist ein Un-Raum. Ankommen, Bei-Sich-Sein, ein gutes Leben führen scheint ausgeschlossen. Wird dieses Bild der vielfältigen Wirklichkeit unserer Migrationsgesellschaft gerecht?

Der Blick mit der Kulturbrille

Sicherlich haben kulturelle Prägungen einen wichtigen Einfluss auf das Denken, Fühlen, Handeln und Interaktionen. Mit dem Fokus auf die kulturelle Differenz wird aber nahegelegt, Störungen, Misserfolg und Unverständnis reflexartig und oft vorschnell aus der interkulturellen Perspektive zu erklären. Diese Kulturbrille verengt unseren Blick. In einer einseitigen Perspektive werden weder das Handeln der Jugendlichen noch ihre Selbstkonstruktion verständlich. Wichtige andere Dimensionen werden übersehen:

- die Tatsache der Migration selbst und ihre Auswirkungen auf die Familiengeschichte, auf das Verhältnis der Generationen und der Geschlechter
- die (oft schlechten) Erfahrungen mit der Mehrheitsgesellschaft
- die soziale Lebenssituation
- die ganz persönlichen und individuellen Bewältigungsstrategien und Ressourcen.

Wäre also die Migrationsbrille, die Diskriminierungsbrille, die soziale Brille oder die Subjektbrille eine wichtige Ergänzung zur gerne benutzten Kulturbrille? Ein multiperspektivischer Blick birgt produktive Fragestellungen. Jede einzelne Perspektive wird dem Subjekt nicht gerecht, insbesondere wenn sie als monokausale Perspektive eingenommen wird. So kann der Blick auf die kulturelle Differenz fruchtbar sein, wenn ich damit nicht vorgefertigte Bilder über „Andere“ reproduziere, sondern die Sozialisationsbedingungen einer konkreten Gruppe beschreibe.

Was gilt dieser Gruppe als normal? Womit setzen sich alle Mitglieder gleichermaßen auseinander? Auf welche kollektiven Bilder und Ideen greifen sie zurück, wenn sie das eigene Handeln und die Welt um sich erklären?

Die Migration verändert die Familiensituation grundlegend. Männer und Frauen müssen sich in dieser Situation neu mit Tradition, Geschlechterrollen und Machtverteilung auseinandersetzen. So kann es sein, dass die Frau schneller als der Mann oder die Kinder schneller als die Eltern am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und gängige Rollenerwartungen untergraben werden. Diese Perspektive auf die jeweiligen familiären und persönlichen Bewältigungsformen der Migration eröffnet den Blick auf erbrachte Leistungen und Ressourcen. Diese bleiben dann verborgen, wenn vor dem Hintergrund eines engen, ethnischen Kulturbegriffes die Identitätskonflikte der Jugendlichen zwischen der kulturellen Identität der Familie und der Kultur der Aufnahmegesellschaft als dominierende

Bewältigungsanforderungen gesehen werden, und somit die Migration nur als Kulturkonflikt interpretiert wird.

Ein wichtiges Korrektiv für den Blick mit der „Kulturbrille“ ist die Berücksichtigung der sozialen Lage der Familie, bzw. der Person. Viele Phänomene, die unter Umständen auch von den Migrant/innen selbst kulturell gedeutet werden, erklären sich vielmehr aus mangelnder beruflicher und sozialer Teilhabe. Hier gilt es, Praxen von struktureller Diskriminierung als Hintergrund für das individuelle Handeln wahrzunehmen, ohne dabei die Migrant/innen in einseitiger Weise auf die Rolle des Opfers gesellschaftlicher Verhältnisse festzulegen. So verlockend eine in der Praxis der sozialen Arbeit oft zitierte Perspektive auf die Individualität jeder einzelnen Person ist, so greift sie doch dann zu kurz, wenn die strukturellen Lebensbedingungen, sowie die angebotenen kulturellen Handlungsmuster aus dem Blickfeld geraten. Ein subjektbezogener Ansatz interessiert sich für die jeweiligen Begründungen für das Handeln, weiß aber um ihre gesellschaftliche Einbindung. (siehe Übersicht).

Fokus	Fallstricke	Reflexionsperspektive
Kultur	Homogenisierende Bilder	Sozialisationserfahrungen
Migration	Identitätskonflikt	Bewältigungsformen
Ausgrenzung	Defizitblick auf soziale Desintegration	Rassismus und Diskriminierung
Subjektivität	Ausblenden struktureller Benachteiligung	Anerkennung der Handlungsgründe

Und sie sitzen doch ... Der „Dritte Stuhl“

Werden Jugendliche mit Migrationshintergrund als deutende und handelnde Subjekte wahrgenommen, sind nicht Defizite, abweichendes Verhalten und Schwächen im Fokus des Blickes, sondern ihr selbstbewusster Umgang mit ihrer Lebenssituation. Dies bedeutet einen Paradigmenwechsel in der Migrationspädagogik von dem dominanten Defizitansatzes der Ausländerpädagogik zu einer Perspektive der Anerkennung.

Verunsicherungen durch Migration, Alltagserfahrungen in der Aufnahmegesellschaft, Brüche in den Lebensbiografien sowie Ausgrenzungserfahrungen werden je nach Lebenssituation und Persönlichkeit unterschiedlich verarbeitet. Vielen gelingt es, die unterschiedlichen Erwartungen auszubalancieren. Bei einer kopftuchtragenden Frau assoziieren die meisten – wie empirische Untersuchungen eindrucksvoll gezeigt haben - eine erzwungene oder auch freiwillige Anpassung an vorgegebene Normen und Erwartungen. Die Wirklichkeit ist vielfältiger.

So kann sein, dass das Kopftuch getragen wird als Möglichkeit, die eigenen Vorstellungen von Beruf, Bildung, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gegenüber den Eltern durchzusetzen, weil diese so mehr Vertrauen haben und dadurch auch mehr Bewegungsraum zulassen. Möglicherweise dient das Kopftuch aber auch als bewusstes Bindeglied zur Elterngeneration, deren Lebensleistung damit gewürdigt wird. Möglicherweise ist das Kopftuch auch ein unverzichtbarer Bestandteil der weiblichen, islamischen Identität, die nicht als Restriktionsmoment, sondern als Ressource verstanden wird. Die religiöse Orientierung kann im Geflecht der pluralen Möglichkeiten westlichen Musters ein authentischer, eigenständiger und alternativer Lebensstil sein. Die religiöse Orientierung und der Wille nach Selbstbestimmung müssen keinen Gegensatz darstellen. Entsprechend gibt es durchaus individuelle Auslegungen im Alltagshandeln. Schließlich kann das Kopftuch auch eine bewusste Reaktion auf die antiislamische Stimmung sein, eher ein Ausdruck des eigenen Selbstbewusstseins als ein inhaltliches Symbol oder Ausdruck anti-westlicher Werte. Die Mädchen und Frauen bedienen sich also mehrheitlich ganz pragmatischen Deutungs- und Bewältigungsmuster innerhalb und zwischen den Optionen Anpassung und Ausbruch. Dies ist auch eine wichtige Voraussetzung für eine aktive Teilhabe an der postmodernen Gesellschaft. Diese Mädchen sitzen nicht „zwischen den Stühlen“, sondern haben - eine Metapher von Tarek Badawia (2002) aufgreifend - längst auf einem „Dritten Stuhl“ Platz genommen.

Ein wichtiges Korrektiv für den Blick mit der „Kulturbrille“ ist die Berücksichtigung der sozialen Lage der Familie oder der einzelnen Person

Aber auch bei denen, bei denen dieses Ausbalancieren nicht gelingt, lohnt es sich, genauer nach den (Migrationshinter-)Gründen zu fragen. Manche junge Männer und Frauen der zweiten und dritten Generation ziehen sich auf tradierte einfache Rollenmuster zurück. Doch ist dies eine Folge unterschiedlicher Erwartungen von Eltern und Peers? Die Tradition scheint vielmehr Rollensicherheit und Verhaltensstabilität in einer Lebenssituation zu geben, die von Desorientierung und Verunsicherung geprägt ist. Der Rückzug als Überlebensstrategie gegenüber der als feindlich erlebten Umgebung. Eine Reaktion, die wir auch außerhalb des Migrationskontextes kennen.

Susanne Spindler (2006) macht anhand von Biographien in der Bundesrepublik inhaftierter Jugendlicher „mit Migrationshintergrund“ deutlich, wie sich durch die gesellschaftliche Verweigerung einer anerkannten Männlichkeit und der Reduzierung auf den Körper Männlichkeitskonstruktionen und Rassismuserfahrungen verschränken, kulturelle und religiöse Faktoren bei der Entwicklung dieser gewaltförmigen rigiden Männlichkeit aber eher eine Nebenrolle spielen. Alle Jugendlichen berichten von Rassismus und Benachteiligungen in ihrem Alltag, vom Leben in unterprivilegierten und stigmatisierten Quartieren. Die Biografien zeigen eine reduzierte Lebenswelt, die von physischer und struktureller Gewalt durchzogen ist - erlittene und ausgeübte. Die gesellschaftlich anerkannten Möglichkeiten, „Männlichkeit“ zu leben, bleiben ihnen oft vorenthalten, sie sind reduziert auf ihren eigenen Körper.

Das Trauma der Besonderung

Der befremdliche Blick auf der Straße, das verunsicherte Anschauen im Bus

oder in der Straßenbahn, die öffentlich formulierte Ablehnung von Glaubensinhalten, die rassistische Beleidigung an der Bushaltestelle, die exotisierende Darstellung des „Fremden“ in der Werbung, die ständige Wiederholung der Frage „Woher kommst du?“, die stillschweigende Erwartung, das Schulfest mit kulinarischen Besonderheiten zu bereichern, die Abschiebung von hier geborenen Jugendlichen in das Herkunftsland der Eltern, die geringere Chance auf eine Praktikumsstelle wegen des türkisch klingenden Namens. Die Liste ließe sich beliebig fortsetzen. All diese alltäglichen Lebenserfahrungen machen den hier lebenden Menschen mit Migrationshintergrund deutlich, dass sie „Andere“ und nicht selbstverständlicher Teil dieser Gesellschaft sind.

Othering

Dieser Prozess, der Menschen zu „Anderen“ macht, wird mit dem Begriff Othering beschrieben. Im Migrationskontext werden damit zugewanderte Menschen und ihre Nachkommen als potentiell nichtzugehörig markiert. Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation berichten über eine „Urszene“, in der ihnen erstmals bewusst gemacht wurde, dass sie aus dem deutschen Kollektiv, zu dem sie sich zugehörig fühlen, ausgegliedert werden. Ihr Weltbild, die Selbstverständlichkeit ihrer Zugehörigkeit, wurde erschüttert und dies wurde durch weitere Erlebnisse verstärkt (aus der Untersuchung von Mark Terkessidis, zitiert nach Velho 2010, S.123). Die Normalität der Rassismuserfahrungen stellt Lebensbedingungen her, die als prekär und potentiell krisenhaft bezeichnet werden können, auch wenn viele so Minorisierte in ihnen nicht untergehen, sondern handlungs- und widerstandsfähig bleiben.

Bleibe so anders wie du bist, aber werde unsichtbar

Rassismus wird hier zum Einen verstanden als ein gesellschaftliches Machtverhältnis, in dem der einzelne einen mehr oder weniger privilegierten Platz in der Gesellschaft zugewiesen bekommt, und zum Andern als gesellschaftliche akzeptierte Erklärung dieser Ungleichheit trotz des moralischen Postulats der Gleichheit aller Menschen. Die nicht mehr zeitgemäße Begründung der Ungleichheit durch die biologische Minderwertigkeit von „Rassen“ wurde ersetzt durch die „weniger entwickelte Kultur“ der Zugewanderten.

Astride Velho beschreibt in ihrem lesenswerten Beitrag „(Un-)Tiefen der Macht“ das durch die Rassismuserfahrung erzeugte Othering als traumatische Erfahrung. Ausgehend von eingeführten Trauma-Definitionen blickt sie dabei auf die subjektive Bedeutung, die eine traumatische Situation für die betroffene Persönlichkeit annimmt, wie beispielsweise die Infragestellung der zentralen Momente eines Lebensentwurfs und weniger auf die objektive Intensität der traumatischen Faktoren. Das Trauma ist nicht die einzelne rassistische Übergriffssituation, sondern das permanente Infragestellen des selbstverständlichen Dazugehörens und der Potentialität des darin legitimierten Übergriffs. Das Bild „zwischen den Stühlen“ bekommt hier eine andere, tiefere Dimension.

Ein befremdlicher Blick auf der Straße, die rassistische Bemerkung an der Bushaltestelle, die Frage: „Woher kommst du?“: Zugewanderte Menschen spüren, dass sie nicht selbstverständlicher Teil unserer Gesellschaft sind

Die Paradoxie der Anforderungen

Astride Velho weist auf verschiedene uneinlösbare, weil paradoxe Anforderungen hin.

- „Bleibe so anders wie du bist, aber werde unsichtbar.“ Der Integrationsdiskurs fordert Assimilation. Assimilation erfordert Unsichtbarkeit. Tatsächliche Unsichtbarkeit wird von der Mehrheitsgesellschaft jedoch nicht toleriert, da sich in der Abgrenzung zu den „Anderen“ erst das eigene Selbst als Mehrheitszugehörige konstituiert.
- Auch wer in Folge einer großen Anpassungsleistung die eigene Nützlichkeit permanent unter Beweis stellt, lebt immer in der Gefahr als integrationsunwillig zu gelten. In aktuellen empirischen Untersuchungen beschreiben auch bildungserfolgreiche Migranten und Migrantinnen ihre Situation als „Integration unter Vorbehalt“.
- Während - wie beschrieben - sehr ambivalente Anforderungen gestellt werden, steht das Individuum unter der Erwartung ein einheitliches Selbst zu erzeugen, denn sonst säße es ja „zwischen den Stühlen“.

Die permanente Sichtbarmachung als Andere/r bewirkt ein Selbstbild als Andere/r, das sich verbindet mit dem ständigen Gefühl der Schuldigkeit, so sichtbar ein/e Andere/r zu sein.

Die Macht des Rassismus kommentiert der schwarze Rassismusforscher Franz Fanon bereits 1980: „Nichts zu machen: ich bin ein Weißer. Und unbewusst misstraue ich allem, was schwarz in mir ist, also der Totalität meines Seins“. Eine Form einer radikalen Überidentifikation mit der Dominanzgesellschaft zeigt das veränderte Erscheinungsbild von Michael Jackson, das sich immer mehr der weißen Norm anglich. Velho verweist auf tiefgreifende Beziehungstraumata in Konstellationen, in denen Minorisierte in großer Abhängigkeit von Menschen aus der Mehrheitsgesellschaft stehen, wie bei adoptieren Kindern, binationalen Familien, aber auch minorisierten Klientinnen und Klienten, die in prekären Lebensumständen auf Hilfe psychosozialer Einrichtungen angewiesen sind.

Hinweise für die Praxis

„Für die Weiße, die wissen möchte, wie sie meine Freundin sein kann: Erstens: Vergiss, dass ich schwarz bin. Zweitens: Vergiss nie, dass ich schwarz bin“. Die schwarze Dichterin Pat Parker beschreibt mit diesen Zeilen das Grunddilemma jeder differenzsensiblen Perspektive als Gratwanderung zwischen ihrer gleichzeitigen Unvermeidlichkeit und Unmöglichkeit. Ziel kann nicht eine Verhaltenssicherheit durch Kenntnis des Anderen sein, sondern eine Sensibilisierung auf mögliche Differenzen, die in der Begegnung nicht aufgelöst werden können, also ausgehalten werden müssen. Diese „Erkenntnis“ bietet nicht mehr Sicherheit, sondern vermindert die Gewissheit, den Anderen richtig verstanden zu haben.

Die von Paul Mecheril geforderte „Gleichzeitigkeit von Verstehen und Nicht-Verstehen“ „kündigt die Beziehung zum Anderen nicht auf, begegnet aber der für soziale Beziehungen notwendigen Möglichkeit des Verstehens skeptisch“ (Mecheril, 2004, S. 128).

Interkulturelles Handeln in pädagogischen Zusammenhängen muss demnach auch dann auf die Ermöglichung der Handlungsfähigkeit Anderer als Subjekte zielen, wenn ich mir nicht sicher bin, ob ich ihn verstanden habe und selbst die Erkennbarkeit des Anderen als Anderer unsicher bleibt. Rezepte für den richtigen Umgang mit Differenz kann es aus dieser Perspektive nicht geben. Mit Blick auf die in diesem Beitrag kritisierte Kulturkonfliktthese kann allerdings festgehalten werden, dass ein eingeschränkter defizitorientierter Blick mit der Kulturbrille Prozesse des Othering reproduziert, insbesondere, wenn gleichzeitig die Frage der damit verbundenen Rassismuserfahrungen nicht thematisiert wird. Wir müssen in psychosozialen Handlungsfeldern Räume eröffnen, in denen Jugendliche

- hybride Zugehörigkeiten und Mehrfachidentitäten als Ressource und nicht als Belastung erleben können
- Unterstützung bekommen, mit den widersprüchlichen Anforderungen der Gesellschaft einen eigenen Umgang zu finden
- mit anderen ihre Erfahrungen austauschen und formulieren können
- mit ihren Rassismuserfahrungen gehört werden
- in ihrer Verletzlichkeit nicht pathologisiert, sondern in ihrer Widerstandsfähigkeit wahrgenommen werden.

Literatur

Altan, Melahat; Foitzik, Andreas; Goltz, Jutta (2009), Eine Frage der Haltung. Eltern(bildungs)arbeit in der Migrationsgesellschaft. Eine praxisorientierte Reflexionshilfe. Aktion Jugendschutz. Stuttgart.

Badawia, Tarek (2002), „Der Dritte Stuhl". Eine Groudet Theory-Studie zum kreativen Umgang bildungserfolgreicher Immigrantenjugendlicher mit kultureller Differenz. Frankfurt am Main.

Foitzik, Andreas (2008), Vergiss, vergiss nie … – Jugendhilfe im Einwanderungsland. Ein Handbuch. Stuttgart, Bezug: Scholz.I@diakonie-wuerttemberg.de.

Mecheril, Paul (2004), Einführung in die Migrationspädagogik, Weinheim und Basel.

Spindler, Susanne (2006), Corpus Deliciti. Männlichkeit, Rassismus und Kriminalisierung im Alltag jugendlicher Migranten, Münster.

Velho, Astride (2010),(Un-)Tiefen der Macht. Subjektivierung unter den Bedingungen von Rasissmuserfahrung in der Migrationsgesellschaft, in: Broden Anne; Mecheril, Paul, Rassismus bildet, Bielefeld.

Kontakt

Andreas Foitzik, BruderhausDiakonie, Ringelbachstraße 211, 72762 Reutlingen
Telefon 07121 278 0, Email: andreas.foitzik@bruderhausdiakonie.de

Kultur(un-)sensible Diagnostik und Therapie

Die sozialpsychiatrische Praxis

Von Meryam Schouler-Ocak und Simone Penka

Menschen mit Migrationshintergrund gelten als im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem unter-, über- bzw. fehlversorgt. Neben Barrieren zum Versorgungssystem scheinen Probleme in Diagnostik und Therapie hierfür einflussnehmend zu sein. Häufig bleibt in der sozialpsychiatrischen Praxis unberücksichtigt, dass sich Erkrankungen je nach ethnischem oder sozialem Hintergrund unterschiedlich darstellen können, was zu Fehldiagnosen und -behandlungen führen kann. Eine Berücksichtigung des Konzepts des Erklärungsmodells kann zur Vermeidung solcher hilfreich sein.

Meryam Schouler-Ocak
ist Psychiaterin und Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig - Krankenhaus in Berlin.

Simone Penka
ist Erziehungswissenschaftlerin und Ethnologin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité in Berlin.

In Deutschland lebten im Jahr 2009 etwas mehr als 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, also ca. 20 % der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2010). Sie gelten noch heute als im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem in Deutschland unter-, über- bzw. fehlversorgt (Brucks 2004, Schouler-Ocak 2010a). Dafür werden Zugangsbarrieren bei Migranten und Migrantinnen selbst, sowie auf Seiten der Einrichtungen und deren Mitarbeitenden verantwortlich gemacht (Gaitanides 1998).

Um die Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, wird seit Beginn der 1990er Jahre das Konzept der interkulturellen Öffnung (Hinz-Rommel 1998) diskutiert und zunehmend in die Praxis getragen. Dass dabei jedoch nicht nur der Abbau der Barrieren zur Versorgung im Mittelpunkt steht, sondern auch eine Veränderung im Hilfesystem in Form

von z.B. kultursensibler Diagnostik und Therapie von Bedeutung ist, wird anhand der folgenden Ausführungen deutlich.

Psychische Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund

Trotz des großen Anteils von Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung liegen keine epidemiologischen Untersuchungen zur Häufigkeit des Auftretens psychischer Erkrankungen bei dieser Gesamtgruppe vor (Machleidt 2006). Allerdings geht man davon aus, dass Migranten und Migrantinnen in Deutschland nicht generell eine erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen aufweisen. Lediglich bei einzelnen ethnischen Gruppen, die besonders ausgeprägten Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, sowie bei einzelnen Krankheitsbildern scheinen Unterschiede vorzuliegen (Lindert et al. 2008). Dies scheint zum Beispiel die fast doppelt so hohe Suizidrate bei jungen türkischen Frauen im Vergleich zu einheimisch Deutschen, zu bekräftigen während die der türkischen Migranten und Migrantinnen generell niedriger ausfällt (Razum et al. 2004). Oder die Tatsache der erhöhte Raten von affektiven Störungen bei türkischen Migrantinnen und Migranten in Psychiatrischen Institutsambulanzen (Schouler-Ocak et al. 2010a) sowie von schizophrenen Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund generell in Psychiatrischen Kliniken (Haasen et al. 1997, Holzmann et al. 1994). Auch konnte eine migrationssensitive Reanalyse des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ im Bundesgesundheitssurvey 1998/1999 in Bezug auf Migrantinnen und Migranten mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit und eigener Migrationserfahrung auch nach Adjustierung auf Alter, Geschlecht und soziale Schicht signifikant höhere Prävalenzraten sowohl bei affektiven als auch bei somatoformen Störungen feststellen. Die vorliegenden Studienergebnisse ließen jedoch keine eindeutigen Hinweise für eine erhöhte psychische Morbidität bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Nichtmigranten zu (Bermejo et al. 2010)

Dass das erhöhte Auftreten von einzelnen Krankheitsbildern auf kulturellen Missverständnissen in der Diagnosestellung und damit einhergehenden Fehldiagnosen begründet sein könnten, ist zumeist unberücksichtigt geblieben (Zaumseil 2006). Allerdings konnte z.B. Haasen et al. (2006) bei Patienten und Patientinnen türkischer Herkunft mit paranoid-halluzinatorischem Syndrom eine höhere Rate an Fehldiagnosen im Vergleich zu einheimisch Deutschen nachweisen. Sprachprobleme, die in der Vergangenheit oftmals hierfür verantwortlich gemacht wurden, konnten dabei als ursächlich ausgeschlossen werden (ebd.). Allerdings zeigte hingegen eine Untersuchung von Schouler-Ocak et al. (2008a), dass gerade bei Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis die sprach- und kulturgebundenen Verständigungsprobleme durch die Behandelnden als signifikant höher eingeschätzt wurden als bei Patienten ohne diese Diagnose. Missverständnisse können scheinbar jedoch nicht nur zu Fehldiagnosen, sondern auch zum Nichterkennen einer vorliegenden psychischen Problematik führen. So zeigte eine Untersuchung von Bhui et al. (2001) bei Allgemeinmedizinern in London, dass die untersuchten Ärztinnen und Ärzte insbesondere das Vorliegen depressiver Gedankeninhalte, in der indischen Patienten- und Patientinnengruppe seltener erkannten.

> Im türkischen Kontext wird Krankheit häufig als etwas verstanden, das von außen in den Körper eindringt und ihn in Besitz nimmt

Warum Kultursensibilität in Diagnostik und Therapie notwendig ist

Beispiele anhand der Depression und Schizophrenie

Fallbeispiele aus der Literatur geben einen Einblick, wie es zu Fehldiagnosen und daraus resultierenden Fehlbehandlungen kommen kann (Schouler-Ocak et al. 2010b, Wohlfart et al. 2009). Die Tatsache, dass die Klassifikationssysteme ICD-10 (Dilling et al. 1991) und DSM-IV (Saß et al. 2003) im euroamerikanischen Kontext entwickelt wurden und daher auch vorrangig dort anwendbar sind, liegt diesen Fehldiagnosen bzw. –behandlungen häufig zugrunde. Zweifel, inwieweit allgemeingültige Definitionen von Krankheitsbildern, insbesondere bei psychischen Erkrankungen, überhaupt formuliert werden können, scheinen vor diesem Hintergrund nur allzu berechtigt zu sein (Westermeyer 1987). Auch Machleidt (2006) machte auf die Diagnoseunschärfe vorliegender Instrumente aufgrund eines implizierten Ethnozentrismus aufmerksam. Doch wenn dem jeweiligen kulturellen oder sozialen Hintergrund der Patienten und Patientinnen nicht ausreichend Berücksichtigung zukommt, wie es in gängigen Klassifikationssystemen der Fall ist, scheinen oftmals fehlerhafte Diagnosen die Folge zu sein (Schouler-Ocak et al. 2010b). In der Alltagspraxis macht sich dies anhand von diagnostischen Schwierigkeiten in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund, die der Großteil von Behandelnden in einer Studie angab, bemerkbar (Calliess 2006).

Das von Kleinman (1981) eingeführte Konzept des Erklärungsmodells kann hierfür eine Erklärung geben. Kleinman (1980) und später z.B. auch Tseng et al. (2004) wiesen darauf hin, dass das Krankheitsverständnis in Form von Entstehungsbedingungen, Diagnosekriterien, Wahrnehmung und Darstellung von Symptomen und Problemen etc. neben z.B. individuellen Faktoren, wie z.B. Bildungsstand, wesentlich durch den jeweiligen kulturellen Hintergrund beeinflusst und geformt sein kann. Auch die Erwartungen an den Behandelnden, die Motivation zur Behandlung und das Mitwirken auf Seiten der Patienten und Patientinnen scheinen hierdurch beeinflusst werden zu können (ebd.).

So neige z.B. die westliche Schulmedizin dazu, das Krankheitsgeschehen auf einen Teil des Körpers zu begrenzen und vor allem den betroffenen Organismus in seinem Nichtfunktionieren zu betrachten (Tuna et al. 1999). Während hingegen z.B. im türkischen Kontext Krankheit häufig als etwas verstanden wird, das von außen in den Körper eindringt und ihn in Besitz nimmt. Übernatürlich orientierte Erklärungs- und Handlungsmuster seien nicht selten impliziert (Schouler-Ocak et al. 2008b). Diese scheinen den Umgang mit der Krankheit zu erleichtern, indem die Betroffenen von Schuldgefühlen und Verantwortlichkeit entlastet

werden und stattdessen die Solidarität der Gruppe gegen eine äußere Gefahr, wie z. B. dem bösen Blick oder einem Fluch, gefördert wird (Tuna et al. 1999). Ein Zurückgreifen auf z.B. eine Welt der Geister ist daher nicht prinzipiell als pathologisch zu bewerten, sondern kann zur realen Wirklichkeit des jeweiligen kulturellen Kontextes der Patienten und Patientinnen gehören (Nathan 1986, Wohlfart et al. 2009).

Heutzutage wird die Depression von Experten und Expertinnen als kulturübergreifendes Erkrankungsbild eingeschätzt, bei der nicht nur in Bezug auf Prävalenz, sondern auch auf Symptomdarstellung Unterschiede bestehen (Pfeiffer 1984), die sich in sehr unterschiedlichen, kulturabhängigen Erlebnis- und Ausdrucksformen zeigen können (Machleidt et al. 2004). Während z.B. in westlichen Kulturen eine Störung des Affekts als Hauptmerkmal einer Depression betrachtet wird und häufiger bei schweren Verläufen ausgeprägte Symptome und Suizidtendenzen im Vordergrund stehen, wurden in sogenannten Entwicklungsländern eher vegetativ- körperliche Störungen, wie z.B. beim Schlaf und Appetit, sowie körperliche Missempfindungen an verschiedenen Stellen oder allgemeine Missempfindungen wie Brennen oder Zittern beschrieben (Pfeiffer 1984). Einige Studien zeigten auf, dass depressiv Erkrankte in Indien z.B. überwiegend über körperliche Probleme klagen, vor allem bei Angst vor Stigmatisierung, während westliche Patienten und Patientinnen sowie Erkrankte mit schwerwiegenderen Symptomen häufiger über psychische Probleme berichteten (Rao et al. 2007).

In den sogenannten Entwicklungsländern gelten Schlaf- und Appetitstörungen und körperliche Beschwerden als Symptome einer Depression

In Bezug auf eine Schizophrenie kann nicht nur die Erscheinungsform, das Verständnis und der Umgang mit erkrankten Menschen unterschiedlich sein, sondern auch die Ausformung und die Thematik in der Psychose. So scheinen in nichtindustrialisierten Ländern z.B. häufig akute Verläufe mit motorischen Erscheinungen (z.B. Stupor oder Erregung), sowie affektiv-emotionaler Ausgestaltungen aufzutreten. Der als klassisch zu betrachtende Bereich des sozialen Rückzugs tritt insbesondere dann nicht auf, wenn Menschen eng eingebunden in Großfamilien leben (Scharfetter 1999). Bei psychotischen Symptomen liegen scheinbar in sogenannten Entwicklungsländern verstärkt Wahnthemen wie hypochondrischer und Verfolgungswahn vor, während bei euroamerikanischen Patienten und Patientinnen Themen wie Schuld, Verarmung und Krankheit im Vordergrund stehen. Außerdem wurden psychotische Symptome wie Halluzinationen und depressiver Wahn bei euroamerikanischen Patienten häufiger beobachtet (Machleidt et al. 2004, Pfeiffer 1994), während Verfolgungswahn und Halluzinationen mancherorts auch bei nicht-schizophrenen Störungen auftreten (Collatz 1995, Ndetei et al. 1983). Oftmals wird von Behandelnden Glaube mit Wahn oder Trance mit Halluzination verwechselt (Westermeyer 1987).

Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund erwarten vom Behandelnden oft eher ein familiär-autoritären als einen partnerschaftlichen Umgang

Unabhängig von Krankheitsbildern wurde in der Vergangenheit gleichfalls häufig auf wechselseitige Missverständnisse in Bezug auf das Therapieverständnis und damit einhergehenden Erwartungen aufmerksam gemacht. So scheinen z.B. Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund häufig bezüglich eines Arzt– bzw. Therapeutenbesuchs umgehende, lebenspraktische Hilfe durch die Autorität des Helfenden, ein so genanntes familiäres Autoritätsverhältnis, zu erwarten. Der nach westlichem Modell arbeitende Behandelnde arbeitet jedoch auf die Mobilisierung der eigenen Potenziale, Stärkung der Hilfesuchenden, Selbstverantwortlichkeit und Autonomie hin und geht sachlich-distanziert sowie partnerschaftlich mit diesen um (Aichberger et al. 2008). Diese unterschiedlichen Erwartungen und Haltungen führen nicht selten zu einer konfliktreichen, wenig erfolgversprechenden Beziehung (ebd.).

Die ethnische und auch soziale Herkunft kann somit die Krankheitsdarstellung beeinflussen und unterschiedlich gestalten, was zu Schwierigkeiten bei der diagnostischen Einordnung, aber auch in der Therapie und im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund führen kann. Auch können unterschiedliche Wahrnehmungen von Gesundheitsproblemen massgeblich die Inanspruchnahme von präventiven Massnahmen und Versorgungseinrichtungen beeinflussen (Jacob et al. 1998), was eine Untersuchung zu Erklärungsmodellen von abhängigem Verhalten bei einheimisch deutschen Jugendlichen und Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund deutlich machen konnte (Penka et al. 2003, Penka et al. 2008). So zeigte sich, dass die untersuchten Jugendlichen mit einem türkischen Migrationshintergrund aufgrund der häufigeren Vorstellung, dass niemand bei vorliegenden Drogenproblemen helfen könne, scheinbar keine Hilfe im Suchthilfesystem in Anspruch nehmen. Genauso kam ein deutliches Gefühl der Selbstüberschätzung im Umgang mit der eigenen Abhängigkeit zum Vorschein, wodurch Hilfe gar nicht oder zu spät von diesen in Anspruch genommen werden würde (ebd.).

Kultursensible sozialpsychiatrische Praxis

Voraussetzungen und Erfordernisse

Die seit vielen Jahren geforderte interkulturellen Öffnung der Regelversorgung (Hinz-Rommel 1998), die heutzutage als „Ideal“ anerkannt scheint und sich im psychiatrischen/ psychotherapeutischen Bereich in der Formulierung der Sonnenberger Leitlinien niederschlug (Machleidt 2002), soll Rahmenbedingungen der sozialpsychiatrischen Versorgung ermöglichen, die eine kultursensible Diagnostik und Therapie gewährleistet.

So soll zum einen durch die Auseinandersetzung mit Themen wie Migration, interkultureller Öffnung und interkultureller Kompetenz das Erkennen und Anerkennen sowie Berücksichtigen von unterschiedlichem Verstehen, Erleben und Darstellen von psychischer Erkrankung als wesentlicher Arbeitsinhalt der sozialpsychiatrischen Praxis, insbesondere der Diagnostik und Therapie, betrachtet und in die Alltagspraxis aufgenommen werden. Zur Vermeidung von z.B. fehlerhaften Bewertungen psychiatrischer Symptome oder Miss-

verständnissen in der Behandlung/ Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund ist es wichtig, die soziale und ethnische Herkunft von Patienten und Patientinnen und die Relativität des Erscheinungsbildes einer psychischen Erkrankung im Auge zu behalten. Durch die Nichtbeachtung von vor allem soziokulturellen Aspekten einer kultursensitiven Diagnosestellung (z. B. nach DSM-IV-TR, Saß et al 2003) können falsch positive Diagnosen die Prävalenz psychischer Erkrankungen künstlich erhöhen sowie Fehlbehandlungen das Ergebnis sein. Um diese Fehler zu minimieren, sollte die Anwendung des Leitfadens zur Beurteilung kultureller Einflussfaktoren (DSM-IV-TR 2003 Anhang F) die multiaxiale Diagnostik ergänzen (Saß et al. 2003).

Muttersprachliche Behandlung scheitert im Allgemeinen an der geringen Anzahl qualifizierter Therapeuten. Eine interkulturelle Behandlung ist daher der Regelfall. Hier kann der einzelne Behandelnde nicht in allen kulturrelevanten Fragen kundig sein und nicht alle Sprachen seiner Patienten und Patientinnen beherrschen. Daher ist der geforderte regelhafte Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern (Machleidt et al. 2004) unerlässlich. Der Untersuchende nutzt dabei die Kompetenz der Sprach- und Kulturvermittler als „Kenner der Kultur", um das geschilderte und beobachtete Verhalten vor dem Hintergrund kultureller Besonderheiten, Glaubensrichtungen und Verhaltenskodizes zu verstehen und zu interpretieren. Dies muss jedoch mit der erforderlichen Bereitschaft des Behandelnden einhergehen, sich in der Arbeit mit Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund auch mit neuen Beziehungs– und Erlebnismustern auseinanderzusetzen. Kenntnisse über kulturspezifische Hintergrundinformationen und das Verständnis der besonderen Konfliktdynamik stellen wichtige Grundpfeiler der interkulturellen Psychotherapie dar (Erim et al. 2002, Odell et al. 1997, Rommelspacher 2000). Neben der Hinzuziehung des Kultur– und/oder Sprachvermittlers kann ebenso die interkulturelle Supervision und/oder Intervision bei der Erfassung, Berücksichtigung und dem respektvollen Umgang mit den kulturspezifischen Einflussfaktoren hilfreich sein. Optimistisch stimmt dabei das Ergebnis einer Studie von Calliess (2006), die aufzeigen konnte, dass mit der Zunahme von Interesse und Kenntnissen um kulturelle Einflussfaktoren auf psychische Erkrankungen diagnostische Schwierigkeiten im therapeutischen Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund abnahmen.

> Mit der Zunahme von Kenntnissen um kulturelle Einflussfaktoren auf psychische Erkrankungen nahmen diagnostische Schwierigkeiten im therapeutischen Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund ab

Es reicht nicht aus, „Sondereinrichtungen" bzw. „Sondermitarbeiter" für Migrantinnen und Migranten einzurichten. Durch eine interkulturelle Öffnung des Regelversorgungssystems soll eine Abkehr von Arbeitsmodellen wie diesen von statten gehen (Machleidt 2006). Denn auf negative Begleiteffekte von Sondereinrichtungen bzw. –mitarbeitenden wie z.B. reproduzierende Segregation, Diskriminierung von Minderheitengruppen etc. wurde bereits in den Diskussionen um die Ausländersozialberatungsstellen aufmerksam gemacht (Puskeppeleit et al. 1990, Bommes 1998). Durch eine interkulturelle Öffnung der Versorgungsangebote werden alle Professionellen zunehmend mit Menschen anderer ethnischer Herkunft konfrontiert sein. Behandelnde mit Migrationshintergrund, denen in der Vergangenheit oft selbstverständlich eine unhinterfragte Kompetenz in Bezug auf alle Migrantinnen und Migranten zugeschrieben wurden, müssen gleichermaßen über Sprach- und Kulturkompetenz sowie Fach- und Methodenkompetenz verfügen.

Schlussbemerkung

Durch das Wissen und die Sensibilität in Bezug auf eventuell vorliegende unterschiedliche Erklärungsmodelle und die dabei implizierten unterschiedlichen Interpretations- und Verhaltensweisen könnte einer Überversorgung mit nicht indizierten Medikamenten und Therapien sowie einer falschen Schonung vorgebeugt werden. Die Folgen wie z.B. chronische Patientenkarrieren, erlernte Hilflosigkeit und durch ärztliche Maßnahmen verursachte sekundäre Schäden sowie Frühverrentung können verhindert werden (Brucks 2004). Gleichfalls könnten Hilfsangebote, Prävention und therapeutisches Vorgehen entsprechend ausgerichtet werden (Heimann 2007), sowie Zufriedenheit der Behandelnden und Behandelten verbessert werden (Bhui et al. 2002, McCabe et al. 2004). Insgesamt ist jedoch unabhängig von der Herkunft der Patienten und Patientinnen eine gegenüber sämtlichen Differenzen offene, dialogische und empathische Anamneseerhebung wichtig. Durch eine einseitige Fokussierung auf das Kulturmoment können Unterschiede zwischen den Kulturen überbetont werden - im Extremfall würde sogar ein einheimisch deutscher Behandelnder eine Psychotherapie für unmöglich erachten (Fisek et al. 1997). Trotz aller Sensibilität gegenüber kulturellen Differenzen sollten daher die Gemeinsamkeiten der im Behandlungsprozess Involvierten artikuliert werden, die die Basis der Arzt-Patient-Beziehung bildet.

Literatur

Aichberger M C, Schouler-Ocak M, Rapp M A, Heinz A (2008) Transkulturelle Aspekte der Depression. In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2008 · 51:436–442.

Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M (2010) Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. In: Psychiat Prax 2010; 37: 225–232.

Heimann H (2007) Alkoholabhängigkeit bei Aussiedlern. Die Bedeutung von Erklärungsmodellen für Prävention und Behandlung. VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken.

Penka S, Krieg S, Hunner C, Heinz A (2003) Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen – Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. In: Nervenarzt, 74, pp. 581- 586.

Statistisches Bundesamt (2010) Erstmals mehr als 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Pressemitteilung Nr. 248 vom 14.07.2010. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/07/PD10__248__122,templateld=renderPrint.psml [Stand: 24.11.2010]

Weitere Literaturhinweise finden Sie auf der Homepage der Kerbe unter:

www.kerbe.info/content//artikel_50.html

Kontakt

Charité – Unversitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Tel. 030 450 – 50, Email: simone.penka@charite.de

Verstehen ist nicht möglich?

Methodenkompetenz transkultureller Gemeindepsychiatrie

Von Martin Vedder

Heute verfügen die meisten Mitarbeiter in der Gemeindepsychiatrie über Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund. Eine deutliche Verunsicherung ist aber durch die breite fachliche und gesellschaftliche Diskussion entstanden, ob diese Arbeit professionellen Ansprüchen genügt. Es stellt sich die Frage, welche Herausforderung Kultursensibilität an die Methodenkompetenz gemeindepsychiatrischer Praxis stellt.

Martin Vedder
ist Diplom-Pädagoge, Systemischer Familientherapeut und Leiter der Ambulanten Dienste des Psychosozialen Trägervereins Solingen.
Email: martin.vedder@ptv-solingen.de

In den Vorstellungen von Besonderheiten gemeindepsychiatrischer Arbeit mit Migranten haben sich nach meiner Beobachtung einige *Irrtümer* ergeben, denen ich einige Vorschläge für eine fachlich qualifizierte Arbeit entgegenstellen möchte:

- Der große Instrumentenkoffer: Nur eine große Sammlung aus kulturspezifischem Wissen, ausgeklügelten Techniken und ausgefeilten Strategien kann helfen, mit Befremdlichem, Unverständlichem und Undurchsichtigkeiten klar zu kommen: *Deshalb brauchen wir viel Ausbildung, bevor wir ein Angebot machen können.*
- Arbeit mit Migranten führt fast zwangsläufig zu Überforderungen und schlechten Ergebnissen: *Deshalb lasse ich lieber die Finger davon.*
- Nur Landsleute können diese Arbeit leisten: *Deshalb brauchen sich „deutsche" Mitarbeiter nicht zu kümmern.*
- Verstehen ist nicht möglich, denn es gibt zu viele Hindernisse: Sprache, kulturelle Differenzen, Werte ... „die Kultur" oder „die Religion" oder „die Tradition": *Deshalb wird mir alles fremd bleiben, und es gibt nur die Wahl zwischen ihrer Welt und meiner Welt.*
- Probleme, die aus der seelischen Störung resultieren, dürfen nichts mit Migration zu tun haben. Dafür sind andere zuständig. *Deshalb beschränken wir uns auf die seelische Behinderung.*
- Die Arbeit mit Migranten darf nicht aufwändiger sein: *Deshalb sollten wir nicht mehr Leistungen veranschlagen.*
- Ein zu deutliches Hilfeangebot führt zur Überbeanspruchung – oder: sobald alle davon wissen, kommen auch alle: *Deshalb verstecken wir unsere Hilfen vor Migranten, statt offensiv auf sie zuzugehen.*

Ich werde im Folgenden den Focus so anlegen, dass ich anhand vorhandener Grundsätze „guter" gemeindepsychiatrischer Alltagspraxis die Kompetenzen herausarbeite, die für eine transkulturelle Praxis nützlich sind, und aufzeige, wo besondere Kompetenzen nötig sind, die Schulungs- und Trainingsbedarf oder besondere fachliche Reflexion, z.B. in Form von Supervision, erfordern. Welchen Unterschied es für die geforderten Methodenkompetenzen macht, ob ein Mitarbeiter einen Migrationshintergrund hat, bleibt zunächst bewusst ausgeblendet, weil sich die Anforderungen zunächst einmal an jeden stellen, der mit Migranten arbeitet. Diese Frage muss an anderer Stelle beantwortet werden.

Für das gemeindepsychiatrische Hilfeangebot gibt es im bisherigen Erfahrungsschatz der Person oder seiner Familie kaum etwas Vergleichbares

Hilfe anbieten und Kontakt herstellen

Für eine Institution, einen Hilfeanbieter, egal ob Institution oder Person, stellt sich zunächst die Frage, wie der Kontakt zur Hilfesuchenden hergestellt werden kann. In der transkulturuellen Arbeit besteht die besondere Herausforderung darin, Hemmschwellen überwinden zu helfen, die mit der Migrationssituation zusammenhängen: Das Hilfesystem ist wenig vertraut, geringer Informationsstand über psychische Erkrankungen und Hilfen trägt zu weiterer Verunsicherung bei, die schon durch psychische Krise und Bewältigung der Folgeprobleme groß ist. Befürchtete Stigmatisierung in der Community, Diskriminierungserfahrungen und Unsicherheiten über Folgen einer Erkrankung für den Arbeitsplatz und rechtlichen Status als Migrant begünstigen Misstrauen und Zurückhaltung. Hinzu kommen Verständigungsprobleme: Eingeschränkte Sprachkompetenzen erhöhen in einer Situation, in der man Hilfe annehmen soll oder will, die bestehende Unsicherheit erheblich.

Besonders hohe Anforderungen an die Sprachkompetenzen stellen das Verstehen von Fragen zu seelischen Befindlichkeiten, die Beschreibung von seelischen Vorgängen, die Prüfung formaler Aspekte wie Schweigepflicht, drohendem Zwang u.ä. Hinzu kommt, dass es für das gemeindepsychiatrische Hilfeangebot in dem bisherigen Erfahrungsschatz der Person, seiner Familie oder auch Community kaum Vergleichbares gibt.

Andererseits gibt es im Bemühen um Niederschwelligkeit eine lange ge-

meindepsychiatrische Tradition, die Schwierigkeiten von Hilfesuchenden, Hilfe in Anspruch zu nehmen, systematisch in die Gestaltung von Hilfe einzubeziehen. Je nach Person wird eher zugehend, manchmal offensiv intervenierend, manchmal abwartend, offen anbietend oder mit klaren Struktursetzungen gearbeitet. Das Besondere scheint mir, dass dem jeweiligen, auch störungsspezifischen Bedarf des Einzelnen in besonderem Maße Rechnung getragen wird und diese Frage in der Anbahnung der Hilfe Gegenstand wiederholter Reflexionen wird. Fragen wie: „Was müssen wir tun, damit diese Person unser Angebot annehmen kann?“, „Was dient der Vertrauensbildung?“, „Wie viel Beziehung ist nötig, um eine Anbindung an unsere Institution zu erreichen?“ signalisieren eine besondere Sensibilität, die auch in der Arbeit mit Migranten notwendig ist.

Zu einer Hilfe suchenden Person kultursensibel Kontakt aufzunehmen, bedeutet daher nicht in erster Linie, sich mit ihren Sitten auskennen zu müssen, um sich richtig benehmen zu können. Es bedeutet vielmehr, mit wahrgenommener Differenz umzugehen und sie nicht als Hindernis, sondern als Chance zum Kontaktaufbau zu nutzen. Hilfreich scheinen hier die Rollen von Gast und Gastgeber zu sein. Sie gestatten es, sich bei einem Hausbesuch nach besonderen Regeln zu erkundigen (z.B. ob man beim Betreten der Wohnung die Schuhe ausziehen soll) oder um Erlaubnis zu bitten, bestimmte Fragen stellen zu dürfen.

Besonders wichtig ist in der transkulturellen Arbeit, sich für die Lebensgestaltung des anderen so zu interessieren, dass Verstehen im Sinne von Verständigung möglich wird.

Um Angebote als Einladungen auszusprechen, um so ins Gespräch zu kommen, dass Verstehen möglich wird und Begegnungen so zu gestalten, dass sich tragfähige Beziehungen entwickeln können, gibt es aus meiner Erfahrung eine gute gemeindepsychiatrische Praxis, die sich in Ansätzen zu trialogischer Kommunikation und systemischen Arbeitsformen explizit wiederfindet:

- anerkennen, dass der Hilfesuchende für seine konkrete Lebenspraxis selbst verantwortlich, vor allem aber Experte in eigener Sache ist,
- dem anderen auf Augenhöhe begegnen und davon auszugehen, dass er gute Gründe für sein Verhalten und für bisherige Lebensentscheidungen und sein Verhalten in der Krise hat,
- offen und vertrauensvoll mit dem Hilfesuchenden kommunizieren, wenn es um unterschiedliche Sichtweisen und Wahrnehmungen geht und wenn es um Überlegungen zu möglichen Handlungen und Folgen geht.
- ihm mit angemessener Neugier zu begegnen, sich für Lebensweise, persönliche Geschichte, Beziehungen, auch, was er leisten kann, welche Zukunftsvorstellungen er hat, was ihn niederdrückt, belastet etc. interessieren.

Externe Sprachmittler bleiben, trotz aller Neutralisierungsbemühungen der Gesprächsführer, Teil des Systems, da eine Übersetzung nie eine 1:1-Übermittlung von Inhalten ist

Besonders wichtig erscheint mir in der transkulturellen Arbeit, sich für die Lebensgestaltung des anderen so zu interessieren, dass Verstehen im Sinne von Verständigung möglich wird. Beispiel: Es macht einen großen Unterschied, wenn der Einfluss familiärer Verpflichtungen auf eine bestimmte Situation für den Helfer verstehbar wird, wenn er sie mit eigenen professionellen und persönlichen Erfahrungen mit familiärer Bindungen verknüpft. Oder ob er sie auf dem Hintergrund interkulturellen Halbwissens als familialistische Orientierung einer bestimmten Kultur den traditionsbestimmten, vormodernen Relikten migrantischen Denkens zuordnet. Letztlich kommt es darauf an, neugierig für den Einzelfall zu sein, zuzuhören und sich nach der besonderen Bedeutung, die die familiäre Bindung für den Einzelnen hat, zu erkundigen.

Mit der Sprachhürde umgehen

Eine besondere, mit der alltäglichen Arbeit wenig vergleichbare Anforderung stellt der professionelle Umgang mit der Sprachhürde dar. Zu den Realitäten gehört, dass viele Migranten nur eingeschränkt oder gar kein Deutsch sprechen. Für den sprachlich ohnehin unsicheren Hilfesuchenden ist es wesentlich anstrengender und verunsichernder, Sachauskünfte zu geben, Gedanken und Gefühle in Worte zu fassen, Anliegen vorzubringen, denen man ambivalent gegenüber steht, oder Hilfeangebote anzunehmen, die man nicht gut beurteilen und einschätzen kann. Aus diesem Grunde ist auch mit eingeübten, manchmal störenden Strategien wie z.B. gelerntes Improvisieren, Abgeben jeder Verantwortung, insbesondere für schriftliche Angelegenheiten, Gleichgültigkeit gegenüber bürokratischen Anforderungen zu rechnen. Sofern Gespräche ohne die Mithilfe von Sprachmittlern stattfinden, ist darauf zu achten, dass eine Verständigung auch stattgefunden hat, und es ist mit Missverständnissen zu rechnen. Erreichbar ist das durch klare Sprache, wiederholte, möglichst konkrete Erklärungen, ggf. auch durch Beispiele und Bestätigungen, Nachfragen, Wiederholen des Verstandenen etc. Dies setzt voraus, dass für diese Gespräche ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt wird und dass Ziele reduziert werden müssen.

Kommt es zur Einbeziehung eines Sprachmittlers – was nach meinem Eindruck in der Praxis eher die Ausnahme ist - hat das eine weitere drastische Entschleunigung des Gespräches zur Folge. Während einerseits die Übermittlung von Informationen effektiver und zuverlässiger wird, bringt die Hinzuziehung einer Person in dieser Funktion einige Schwierigkeiten mit: Die Hinzuziehung von Familienmitgliedern zu Zwecken der Übersetzung ist äußerst problematisch, weil Sichtweisen und Interessen der Familie und des Hilfesuchenden nicht unterscheidbar werden, weil die betroffene Person nicht ausreichend darüber bestimmen kann, wer welche Informationen erhält, weil Familienmitglieder zusätzlich belastet werden oder eine besondere Machtstellung in der Familie erhalten. Externe Sprachmittler, ob professionelle Dolmetscher oder angelernte Sprachmittler wiederum bleiben, trotz aller Neutralisierungsbemühungen der Gesprächsführer, Teil des Systems: Da eine Übersetzung nie eine 1:1-Übermittlung von Inhalten, sondern eine Übersetzung in eine andere Sprachform darstellt, findet schon immer eine Interpretation statt, so exakt sich der Übersetzende auch um „neutrale“

Übertragung bemüht. Gleichzeitig ist es unvermeidlich, dass sich der Übersetzende nicht allein für die vermittelten Sprachinhalte, sondern für den Erfolg des Gespräches einschließlich der gefundenen Lösungen verantwortlich fühlt. Selbst geübten Sprachmittlern gelingt es nicht, ein Gespräch durchgehend zu übersetzen, ohne zwischendurch Zusammenfassungen zu geben und Erläuterungen aus eigener Initiative zu geben.

Die Zusicherung von Hilfe scheint, sobald Zweifel und Zurückhaltung überwunden sind, bei vielen Migranten die Hoffnung zu wecken, einen unbedingt loyalen Helfer an seiner Seite zu haben

Der Hilfeanbietende muss dies als Besonderheit der Situation anerkennen und wenn möglich konstruktiv zu nutzen: Mit falsch und halb Verstandenem zu rechnen, die Verantwortung aller für den Gesprächsprozeß anzuerkennen, das besondere Vertrauen, das alle in dieses Gespräch mitbringen müssen, herauszustellen, die Vorläufigkeit des Besprochenen zu sehen und schließlich die Belastung, die es für jeden Gesprächsteilnehmer bedeutet, deutlich zu machen.Schließlich gilt es aber auch, Sprache als nur ein Kommunikationsmittel zu verstehen und besonderes Augenmerk auf nonverbale Ausdrucksmittel wie Körperhaltung, Stimmmodulation, Augensprache, Gesten und Mimik etc. zu legen.

Aufträge klären

Wenn es nach erfolgte Beziehungsaufnahme darum geht, sich darüber zu verständigen, was nun getan werden muss, welche Aufträge Grundlage der Zusammenarbeit sein sollen, trifft man auf Vorstellungen und Erwartungen, die sich häufig nicht mit gemeindepsychiatrischen Standards vereinbaren lassen. Die Zusicherung von Hilfe scheint, sobald Zweifel und Zurückhaltung überwunden sind, bei vielen Migranten die Hoffnung zu wecken, einen unbedingt loyalen Helfer an seiner Seite zu haben. Dabei funktioniert Gemeindepsychiatrie wie jedes Hilfesystem dieser Gesellschaft zunächst auch nach funktionalen, zweckrationalen Maßstäben. Diesem muss sich die Verabredung über zu leistende Hilfen einfügen. An den gemeindepsychiatrischen Helfer stellt sich hier die Anforderung, lebensweltlich formulierte Bedarfe und Bedürfnisse in Kategorien einer Hilfeplanung zu übersetzen. Notwendig für die transkulturelle Arbeit scheint mir hier eine besondere Sensibilität für die erlebten Widersprüche, zu hoch gesteckte Erwartungen und den daraus entstehenden Irritationen beim Hilfesuchenden. Notwendig scheint mir darüber hinaus eine hohe Aufmerksamkeit für die Übersetzung der Erfordernisse des Hilfeplanes in die Lebens- und Gedankenwelt des Migranten.

Sich an Bedarfe anpassen

Dabei weist gemeindepsychiatrische Arbeit Stärken auf, die zur Entfaltung einer tragfähigen Helferbeziehung dienlich sind: Die angebotenen Hilfen sind nicht nur auf die individuelle Bedarfslage des Klienten ausgerichtet. Sie lassen sich den jeweiligen aktuellen Erfordernissen anpassen. Sie können einerseits fehlende Ressourcen oder Fähigkeiten ersetzen. Sie können andererseits aber auch therapeutisch oder ressourcenfördernd gestaltet werden und der Rückgewinnung der Autonomie des Einzelnen dienen. Damit beweisen sie für den, der die Hilfe in Anspruch nimmt, ihre praktische Nützlichkeit und schaffen Vertrauen in die angebotene Hilfe. Sie festigen damit die Basis, auf der eine tragfähige, auch in Krisen bereitstehende Hilfe basieren muss. Wo es um die Umsetzung konkreter Vorhaben geht, müssen sprachliche Unsicherheiten und eigene Diskriminierungserfahrungen berücksichtigt werden, die einen hohen Bedarf an Begleitung erzeugen.

Für nahezu alle Beispiele von Besonderheiten in Migrantenfamilien lassen sich dazu passende Erfahrungen mit Familien ohne Migrationshintergrund finden

Aufmerksam und verlässlich sein und nützlich handeln

Gründe dafür, dass Umstände und Fakten nicht zur Sprache kommen, können insbesondere bei Migranten vielfältig sein: Vorsicht, eigenes taktisches Kalkül, Unsicherheit, die Möglichkeiten des Helfers einzuschätzen, die Vielzahl mitagierender Personen, Unklarheit über Relevantes und Irrelevantes, aber auch eigene Wertvorstellungen über zu verschweigende Dinge. Auch hier gilt es, dieses Vorgehen zu respektieren, gute Gründe zu unterstellen und andererseits Offenheit zu signalisieren, sich auch mit Themen zu befassen, die nur unter besonderen Umständen besprechbar sind.

Zu diesen besonderen Umständen gehört, sich in der Betreuungsbeziehung als besonders verlässlich und vertrauenswürdig zu erweisen zu müssen: Dazu trägt bei, danach zu fragen, wie bestimmte Informationen und Meinungen des Betreuenden gehandhabt werden sollen. Verlässlichkeit, Vertrauenswürdigkeit und Nützlichkeit stellen die besondere Bedeutung eines guten Fallmanagements in der transkulturellen Arbeit heraus. Viele Migranten haben in längeren Krisenzeiten zahlreiche nicht-psychiatrische Hilfestellen kontaktiert, denen psychiatrische Hilfen besonders fremd sind. Koordination von Hilfe und die Sicherstellung des Informationsflusses haben daher besondere Bedeutung.

Zum Fallmanagement gehört es, die Familie aktiv einzubeziehen, sie als Ressource weiter zu nutzen, ein Bild davon zu entwickeln, wo die Familie Unterstützung, wo sie Belastung darstellt, wo der Klient geschützt oder gestützt werden muss, wo die Beziehungen, so wie sie gelebt werden, akzeptiert werden und als Unterstützung mit einbezogen werden müssen. Auch hier gilt: bei genauem Hinsehen finden sich für nahezu alle Beispiele von Besonderheiten in Migrantenfamilien dazu passende Erfahrungen mit Familien ohne Migrationshintergrund, ob es um die Ausübung von Zwang und Gewalt geht, ob es um die Erwartung der Einhaltung religiöser Vorstellungen oder um das Umsorgen psychisch erkrankter Söhne oder Töchter bis zum Zusammenbruch des familiären Versorgungssystems geht.

Die eigene Rolle reflektieren und Wissen handhaben

Anders gesagt: Migration wird und ist Teil der Geschichte des Einzelne. Was erlebt wurde, wie es verarbeitet wurde und welche Bedeutung es für die heutige Situation, die heutige see-

lische Belastung und den heutigen Hilfebedarf, aber auch für die gemeinsam gestaltete Hilfesituation spielt, ist je nach Fall äußerst unterschiedlich und ist uns sehr unterschiedlich zugänglich. Im Einzelfall muss daher mit Besonderheiten des Falles gerechnet werden, weil Migration häufig mit Trennung, Traumatisierung, Entwurzelung etc. verbunden ist und Besonderheiten aus den spezifischen Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsmustern resultieren, die nicht allein von Tradition, Herkunft oder Religion, sondern von Klasse, Bildung, Ressourcen, Erfahrungen etc. bestimmt sind. Statt zu glauben, wir wüssten, welche Rolle wahrgenommene Differenzen spielen, müssen sie unsere Neugier lenken, um zu verstehen, welche Bedeutung dies sowohl für den Betreuten, als auch für den Betreuenden hat.Dementsprechend stellt die Handhabung von Expertenwissen oder Auskünften von Fachkollegen mit Migrationshintergrund eine besondere Anforderung an die Reflexionsfähigkeiten des einzelnen Mitarbeiters. Es geht darum, dieses Wissen nicht als Instrument zum einfachen Verständnis fremder Denkwelten zu verwenden, sondern davon auszugehen, dass jeder uns begegnende Mensch diese kulturellen oder traditionellen Bestände auf seine Weise handhabt und dass Menschen mit Migrationshintergrund die Option der postmodernen Gesellschaft nutzen, sich für oder gegen bestimmte Muster oder Bindungen zu entscheiden und dass sich diese Menschen im Widerspruch zwischen Regelachtung und individualistischer Entscheidung bewegen.

Schluss

Schließlich zum schwerwiegendsten Irrtum, der die Hinwendung zu transkultureller Gemeindepsychiatrie belastet: die Annahme, mit den besonderen Schwierigkeiten auch die Zahl bzw. Gefahr negativer Ergebnisse zu erhöhen. Stattdessen scheint es mir eher so zu sein: Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund findet statt. Sie ist vielfach erfolgreich. Sie braucht das besondere Engagement des einzelnen Mitarbeiters, sich auch mit dieser Aufgabe auseinanderzusetzen, und die Bereitschaft, Besonderheiten in der Bedarfslage anzuerkennen – auch von Seiten der Einrichtungsleitungen und der Leistungsträger. Dazu gehört ein fachlich begründeter Optimismus, dass transkulturelle gemeindepsychiatrische Hilfe für die betroffene Person zu guten Ergebnissen führen wird, weil Gemeindepsychiatrie im Grunde die wesentliche Grundkompetenzen transkulturellen Arbeitens bereit hält.

Kontakt
Martin Vedder, Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V., Eichenstraße 105–109, 42659 Solingen, Telefon: 0212/24821–0,
Email: martin.vedder@ptv-solingen.de

Typische Missverständnisse

Kulturfallen im klinischen Alltag

Von Solmaz Golsabahi

Das Phänomen der Migration (migratio: Wanderung) ist so alt wie die Menschheit selbst. Die Welt, in der wir leben, war schon immer eine Welt der Verschmelzung. Kommunikation bedeutet Sprache. Aber wie verändern sich kommunikative Prozesse, wenn wir in einer Fremdsprache kommunizieren oder ein Dolmetscher als Sprachrohr versucht zu vermitteln?

Solmaz Golsabahi
ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und hat im Bereich der transkulturellen Psychiatrie promoviert.

Wie fühlt sich Sprache an, wenn ich mit ihr umgehe, oder: Was passiert mit mir, wenn ich rede? Von einer Sprache zur anderen verlagern sich die Wahrnehmungen und die Begriffe sowie der Ausdruck der Gefühle, denen keine Übersetzung wirklich entspricht (z. B. Deutsch: das Unheimliche, Persisch: Tarouf [1]). Die eine Sprache ist direkter, vermeintlich offener, die andere verschlossener und verschleierter, bringt die „Sache“ auf ganz anderem Weg zum Ausdruck.

Die Persische Sprache

„Mögen Ihre Hände nicht schmerzen“ (pers: Daste schoma dard nakone), ist eine übliche und für den Perser selbstverständliche Art sich zu bedanken, zum Beispiel nach dem Essen, für die Zubereitung, oder wenn eine Leistung erbrachte wurde. Die wörtliche Übersetzung dieser Formulierung wirkt bei einem nicht-persisch sprechenden Adressaten zumindest befremdlich, bis hinzu verwirrend.

„Ihre Schritte auf meinen Augen“ (pers: Gadametun rue Scheschmam), ist eine übliche und herzliche Form seinen Gast willkommen zu heißen. Eine wörtliche Übersetzung dieser Formulierung würde bei einem nicht-persisch sprechenden Adressanten (z.B. Therapeuten) zu Missdeutungen bis hin zu diagnostischen Fehldeutungen führen. Therapeuten, die Patienten aus ande-

ren Kulturen gegenüber sitzen, dürfen also nicht vorschnell von den ihnen ungewohnten „Sprachwegen“ auf die Ziele oder Erwartungen des Patienten schließen.

Der Patient aus Afghanistan

Ein afghanischer Patient sitzt im Ambulanzbereich, Untersuchungsraum der Klinik. Die Schwester bittet ihn sich umzuziehen und sagt: „Machen Sie den Oberkörper frei und warten Sie auf den Arzt“. Der Patient im Untersuchungsraum wirkt, je länger er wartet, desto ängstlicher und angespannter. Als der Arzt erscheint, sitzt er mit weit aufgerissenen Augen da, wickelt sich trotz Hitze in ein Leinentuch.

Die Reaktion des Patienten kann aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet und bewertet werden:

- Wir könnten annehmen, dass er wegen seiner Religion und Kultur sich nicht enthüllen will. Tatsache ist, dass wir nur die Information haben, dass er aus Afghanistan stammt. Wir wissen nicht, ob er ein muslimischer, christlicher, jüdischer, hinduistischer oder buddhistischer Afghane ist. Noch weniger wissen wir über seine Religiosität .
- Wir könnten annehmen, dass er ein Patriarch ist, und dass er nicht gewohnt ist, von einer Frau Anweisungen entgegen zu nehmen.
- Wir könnten annehmen, dass er Angst vor dem medizinischen Personal, vor Menschen „in Weiß“ hat und am liebsten aus dem Untersuchungsraum weglaufen will.

Tatsache ist, dass eine simple, alltägliche Anweisung im Krankenhausalltag den Patienten vollkommen aus seinem Gleichgewicht gebracht hat. Denn nicht nur der empfundene „Befehlston“ in der Anweisung der Schwester war für den Patienten befremdend, sondern auch der Inhalt. Gegenüber einer Autoritätsperson, in dem Fall dem Arzt, verbietet ihm seine orientalische[2] Kultur (unabhängig von der zugrunde liegende Religion) respektlos „oben ohne“ den Arzt zu empfangen. Auch zwischen Menschen des gleichen Kulturkreises bestehen Unterschiede. Diese können sowohl tiefgreifend als auch oberflächlich sein. Sie können ihren Ursprung in unterschiedlichen Bereichen des Alltags, wie etwa Gender, Religion, Bildung, Politik und Umwelt haben. Diese Unterschiede spielen eine umso größere Rolle in der Arzt-Patient-Beziehung, wenn Patienten nicht „Einheimische“ sind. Alle, die am Dialog zwischen dem Patienten und dem Fachpersonal beteiligt sind, müssen den Bereich des fachlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit überschreiten. Und sie müssen sich der historischen Wurzeln und ihrer aktuellen, sich rasch wandelnden, politischen und ökonomischen Dimensionen des Verständnisses von Patienten und ihrer Krankheitsbilder bewusst werden.

Die Frage nach der Richtigkeit der Gepflogenheiten oder gar Recht oder Unrecht der Beteiligten in diesem Kulturdreieck stellt sich nicht, denn jeder hat gemäß seiner Kultur, Subkultur und Wertsysteme gehandelt und geurteilt. Die viel wichtigere Frage lautet, wie könnte das medizinische Personal derartigen „Kränkungen“ auf dem Boden von kulturellen Gepflogenheiten wie auch Missverständnissen anders begegnen, diese vermeiden und diese Differenzen und Hintergründe effektiver nutzen?

„Ob ich auf Deutsch, Englisch, Französisch, Arabisch oder Chinesisch meine Kopfschmerzen erkläre, fühlt sich in jeder Sprache anders an“

Wir wissen inzwischen aus der neuropsychologischen Sprachforschung, dass unterschiedliche Gehirnareale aktiviert werden, wenn wir unsere Gefühle in unterschiedlichen Sprachen formulieren. Jeder, der eine Fremdsprache neben der Muttersprache sehr gut spricht, wird dies bestätigen – ob ich auf Deutsch, Englisch, Französisch, Arabisch oder Chinesisch meine Kopfschmerzen erkläre, fühlt sich in jeder Sprache anders an.

Von einer Sprache zur anderen verlagern sich die Wahrnehmungen und die Begriffe sowie auch der Ausdruck der Gefühle, denen keine Übersetzung wirklich entspricht

Um diesem Phänomen Rechnung zu tragen, sind nicht nur Sensibilität für Sprache und neuropsychologische Kenntnisse erforderlich, sondern es sind auch Kenntnisse der Religion und der kulturellen Gepflogenheiten notwendig und sinnvoll.

Gebet und Beten

Was versteht ein Christ unter dem Satz: „Ich bete nicht“ und was versteht ein Moslem u.a. darunter? Das Beten hat je nach Religion unterschiedliche Bedeutung und Rolle in der jeweiligen Gesellschaft. Das Beten, das tägliche Ritual des Gebetes im Islam ist ganz anders sozialisiert und bewertet im islamischen Raum als das Beten im christlichen Religionsverständnis. Ein Moslem versteht darunter das rituelle tägliche Gebet zu festgelegten Zeiten. Mit dem Satz „ich bete nicht“ gibt er an, dass er diese Art des täglichen Gebetes nicht durchführt. Er macht keine Aussage über seinen Glaube bzw. über seine Einstellung zur Religion. Es ist durchaus möglich dass er streng gläubig ist und gleichzeitig nicht das rituelle Gebet durchführt. Diese Tatsache ist gerade in der psychotherapeutischen Arbeit von großer Bedeutung.

Anhand dieses Beispieles sollte deutlich werden, dass für jeden von uns die Gefahr besteht, seine Erfahrungen und Kenntnisse für allgemein gültig zu erklären und vorschnell zu urteilen und zu entscheiden.

Die Frage nach der sexuellen Aktivität eines Patienten

In den orientalischen Kulturen (türkisch, persisch, arabisch u.a) gehört es sich nicht, „unverblümt“ über Sex zu sprechen. Ein Arzt will wissen, ob sein Patient in letzter Zeit sexuell aktiv sei. Ein anwesender Dolmetscher wird versuchen, diese für den Arzt und seine Anamnese wichtige Frage zu vermitteln: Er wird die Frage nicht direkt formulieren, sondern entsprechend der persischen Kultur und daraus resultierender Gebote/Verbote in der persischen Sprache eine Frage formulieren, die ins Deutsche übersetzt in etwa so viel bedeutet wie: „Hatten Sie in letzter Zeit eine Beziehung?“

Auf den ersten Blick. sind die Antwort und die Atmosphäre zufriedenstellend für den Dolmetscher und den Patienten. Die weitere Nachbesprechung zwischen dem Dolmetscher und dem Arzt ist von besonderer Wichtigkeit, damit der Arzt die Gelegenheit bekommt,

die Feinheiten der persischen Sprache und der Übersetzung kennen zu lernen und gegebenenfalls den Dolmetscher auf die Wichtigkeit des Inhalts seiner Frage, z.B. Erektionsstörungen, aufmerksam zu machen. Solange der Dolmetscher nicht nachvollziehen kann, worauf der Arzt hinaus will, wird er sich auf die kulturellen Feinheiten der jeweiligen Sprache konzentrieren und die Informationsgewinnung des Arztes in dem Fall außer Acht lassen.

Migration – eine Identitätsfalle?

Die Erkenntnis, dass wir alle viele verschiedene Identitäten haben können und tatsächlich haben, die an verschiedene Gruppen geknüpft sind, denen wir zugehören, scheint auf den ersten Blick verständlich und wichtig für die Persönlichkeitsbildung.

Diese wichtige und elementare Erkenntnis bekommt eine ganz besondere Bedeutung im Rahmen der Migration, bzw. sobald der Mensch versucht, sich einen anderen Menschen zu erklären oder gar sich vorzustellen. Dass eine Person eine Frau ist, steht nicht in Widerspruch dazu, dass sie Vegetarierin ist, was wiederum nicht dagegen spricht, dass sie eine Ärztin ist, welche leidenschaftlich gerne joggt, heterosexuell ist und eine Verfechterin der Rechte der Schwulen und Lesben. Was wird aus dieser Frau, wenn wir erfahren, dass sie eine Atheistin aus Afghanistan stammend ist? Sie ist vor 10 Jahren nach Deutschland immigriert und entwickelt zunehmend eine depressive Störung und sucht deshalb einen Psychiater auf. Wie werden die Psychiater und Psychotherapeuten aus Deutschland sie einstufen? In welche Schublade wird sie gesteckt? In welche Kulturfallen wird das Therapeutenteam im Falle einer sprachlichen und kulturellen Barriere geraten?

Jeder Mensch hat verschiedene Identitäten, die an verschiedene Gruppen geknüpft sind, denen er zugehört. Diese wichtige und elementare Erkenntnis bekommt eine ganz besondere Bedeutung im Rahmen der Migration

Gesetzt den Fall, sie spricht perfekt Deutsch und kann sich in deutscher Sprache ausdrücken, ist anzunehmen, dass die Verständigung problemlos auf der sprachlichen Ebene laufen wird. Wichtig ist, dass die Therapeuten eine ausführliche Anamnese erheben und hierbei ihre Arbeitshypothesen nicht

Migration ist so alt wie die Menschheit selbst und ist per se weder gesundheitsschädigend noch krankheitsfördernd

lediglich aus der Tatsache der Migration ableiten. Die Gründe für eine depressive Störung sind nicht nur in der Migration zu finden. Diese vegetarische, atheistische Ärztin, welche gerne joggt und aus Afghanistan stammt, ist auch eine geschiedene, allein erziehende Mutter. Die Gefahr einer Fehleinschätzung wird sich erhöhen, wenn die Frau wenig Deutsch spricht, und die Anamneseerhebung so durch die im Vordergrund stehende sprachliche Barriere erschwert wird. In diesem Fall könnten sich anhand von viel zu wenig Informationen Arbeitshypothesen im Kopf des Therapeuten bilden: Eine Frau, Afghanin, ohne Religionsbekenntnis, seit 10 Jahren in Deutschland, Ärztin, depressiv.

Die Migration ist so alt wie die Menschheit selbst und ist per se weder gesundheitsschädigend noch krankheitsfördernd. Sie ist ein Garant für Fortschritt und Vernetzung innerhalb der Länder und damit der Menschen, eine Bereicherung für die kulturelle Entwicklung unser aller Geschichte, und gleichzeitig ein Stressfaktor, welcher enorme Sensibilität und Feingefühl im Umgang erfordert. Nicht jedes Symptom eines Patienten ist ein Hinweis auf die stattgefundene Migration.

Im Umgang mit der Frage der Kultur und ihren Einfluss auf das Krankheitsbild, auf die therapeutische Intervention und ihren Erfolg ist es unerlässlich, dass der Arzt und Therapeut sich der Vielschichtigkeit des Begriffes Kultur (bezogen auf Geschlecht, Alter, Ausbildung, Religionszugehörigkeit versus Religionsverständnis, sprachliche Zugehörigkeit etc) genauso bewusst ist, wie der Richtlinien der Diagnosestellung und der Indikationen sowie des Verlaufs der Therapie.

Anmerkungen

1 Tarouf steht im persischen für außerordentliche Höflichkeit und zuvorkommendes Verhalten. Im Deutschen gibt es keine gleichwertige wörtliche Übersetzung. Ein Tarouf ist es, wenn man die gesamte Einrichtung der Wohnung jemandem als Geschenk anbietet, weil dieser die Einrichtung schön findet. In der Regel wäre es eine höfliche Formulierung, kann sich aber auch dahingehend ausweiten, dass tatsächlich Teile der Einrichtung verschenkt werden. Beispiel: wenn ein Perser jemanden zu sich einladen will, so sagt er sinngemäß: „ bitte kommen Sie, dies ist Ihr Haus.“ (Die Formulierung „fühlen Sie sich wie zu Hause“ wäre zu wenig zuvorkommend.)

2 Die Definition der orientalischen Kultur verlangt in jüngster Zeit mehr als nur historisch-geographische Kenntnisse, da aktuell dieser Begriff eine zusätzliche politische Bedeutung gewonnen hat.

Kontakt
Dr. Solmaz Golsabahi, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, St. Marienhospital, Hamm,
Telefon 02381 / 18 35 44 / 26.
Email: solmaz.golsabahi@marienhospital-hamm.de

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

SEMINARE FÜR MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER PSYCHIATRISCHER ARBEITSFELDER

DAS KURZFORTBILDUNGSPROGRAMM 2011

enthält 67 Seminarangebote mit einem breiten Spektrum (sozial-) psychiatrischer, therapeutischer und psychiatriepolitischer Themen. Die ein- bis dreitägigen Fortbildungen finden an fünfzehn verschiedenen Orten statt.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE E.V.
ZELTINGER STR. 9 · 50969 KÖLN
TEL.: (02 21) 51 10 02
FAX: (02 21) 52 99 03
DGSP@NETCOLOGNE.DE
WWW.PSYCHIATRIE.DE/DGSP

Wie wird Migration erlebt?

Traumatisierung durch Migration und Gewalterfahrungen

Von Hajo Engbers

Die Gründe, den eigenen Kulturkreis dauerhaft zu verlassen, um sich in subjektiv fremd erlebten Ländern neu und langfristig existentiell zu orientieren, sind vielfältig. In der Regel haben sie aber gemeinsam, dass eine persönliche Notlage ein entscheidendes Motiv ist. Die Reise selbst wird als existentiell bedrohlich und konfliktreich erlebt, sodass das Trauma der Migration als ein fortgesetzter Prozess der Verletzung, sozialer und personaler Verunsicherung verstanden werden muss. Der Beitrag zeigt auf, dass die Migration als Geschehen, angefangen von der „Ent-Heimatung", des Weggehens, der Flucht und das sich Einfinden in eine fremde Kultur, die eine Beheimatung nur widerwillig zulässt, wesentlich für das Verständnis von psychischer Vulnerablilität und Erkrankung bei Menschen mit einem Migrationshintergrund und deren Angehörigen ist.

Hajo Engbers
ist Diplom-Psychologe und arbeitet im Zentrum für Behandlung, Beratung und Psychotherapie von Folter-, Flucht- und Gewaltopfern Schleswig Holstein.

Migration nach Europa findet vor dem Hintergrund vielfältiger Menschenrechtsverletzungen, fehlender sozialer und gesellschaftlicher Strukturen in den Herkunftsstaaten auch heute unvermindert statt. Griechenland ist dabei zum zentralen Tor nach Europa geworden. In Griechenland ist das Asylsystem kollabiert und Schutzsuchende sind von Inhaftierungen und Abschiebungen bedroht. Die europäische Union reagiert in erster Linie mit Abschottung.

Nahezu alle Flüchtlinge, die das Wagnis der Flucht eingehen, haben tiefgreifende soziale Prozesse der Bedrohung, der Zerstörung und des Verlustes erlitten

Die Europäische Agentur für die operative Zusammenarbeit an den Außengrenzen (Frontex) leistet dem girechischen Staat technische und operative Unterstützung zur Abwehr der Flüchtlinge. Folgende Herkunftsländer stehen im Fokus der Aufmerksamkeit wie aktuelle Statistiken des Bundesamt für Migration und Flüchtlinge zeigen. Es sind unter anderem Länder wie Afghanistan, Irak, Serbien, Somalia, Iran, Kosovo und Syrien.

Migrationshintergründe nach ausgewählten Herkunftsländern

Afghanistan

In großen Teilen von Afghanistan hat sich die Menschenrechtssituation, aber auch der Zugang zu medizinischer Versorgung, zu Bildungseinrichtungen und zu humanitärer Hilfe in letzter Zeit weiter verschlechtert. Das Leben in Afghanistan ist durch Gesetzlosigkeit, Erpressung, Drogenhandel und Gewalt bestimmt. Die existenzielle Lebensgrundlage in Afghanistan ist in weiten Teilen des Landes katastrophal (extrem hohe Müttersterblichkeit, kein Zugang zu sauberem Trinkwasser, usw.). Viele zivile Opfer sind aufgrund von Angriffen der Taliban und anderer aufständischer Gruppen zu verzeichnen. Afghanische Journalisten sind in besonderer Weise von Angriffen und Einschüchterungsmaßnahmen betroffen. Die Gewalt gegen Frauen und Mädchen ist weit verbreitet. Sie werden von bewaffneten Männern entführt und vergewaltigt, für viele Mädchen bestehen Gefahren von Mädchenhandel und Zwangsverheiratung.

So ist auch das Gesundheitssystem sehr fragil, durch die Aktivitäten beider Konfliktparteien erhält die Zivilbevölkerung kaum Zugang zu vorhandenen Ambulatorien und Gesundheitsstationen. Viele Afghanen sind Binnenflüchtlinge, sie versuchen in anderen Regionen Sicherheit zu finden, leben in Behelfslagern, wo sie kaum Schutz und nur einen begrenzten Zugang zu Lebensmitteln, Trinkwasser, Gesundheitsversorgung und Bildung erhalten. Bei Inhaftierungen kommt es seitens des afghanischen Geheimdienstes zu Folter und Misshandlungen, es kommt zu willkürlichen Verhaftungen und unfairen Verfahren.

Irak

Für viele Tausende Häftlinge im Irak ist der Alltag durch Folter und Misshandlungen bestimmt. Für diese systematischen Menschenrechtsverletzungen sind die irakischen Sicherheitsbehör-

den verantwortlich. In den letzten Jahren sind Tausende von Zivilisten Opfer von Selbstmordattentaten und anderen Anschlägen bewaffneter politischer Gruppen geworden. Millionen von Iraker leben in tiefer Armut und leiden unter einer weitgehend korrupten Regierung. Viele bewaffnete politische Gruppen sind für Entführungen, Folter und Mord verantwortlich. Opfer dieser Anschläge und weiterer Menschenrechtsverletzungen sind auch und gerade Mitglieder ethnischer und religiöser Minderheiten, Journalisten und Homosexuelle. Nicht nur Angehörige der irakischen Sicherheitskräfte sind für Menschenrechtsverletzungen verantwortlich, sondern auch Angehörige der US-Streitkräfte. Frauen sind besonders von Gewalt betroffen, Frauen aus einem Frauengefängnis berichteten von Vergewaltigungen. Viele irakische Flüchtlinge haben Zuflucht in den Nachbarstaaten gesucht oder befinden sich als Binnenflüchtlinge weiterhin auf der Flucht. Die Menschenrechtssituation in der Region Kurdistan ist zwar insgesamt besser, dennoch gibt es auch dort Fälle von willkürlicher Inhaftierung, Folter, Misshandlungen und Gewalt gegen Frauen.

Syrien

In Syrien sind Folter und andere Menschenrechtsverletzungen an der Tagesordnung. Frauen werden diskriminiert und sind von geschlechtsspezifischer Gewalt betroffen. Es kommt immer wieder zu Tötungen von Frauen aus Gründen der „Familienehre“. Insbesondere die kurdische Minderheit unterliegt vielfältigen Diskriminierungen und Menschenrechtsverletzungen. Der Gebrauch der kurdischen Sprache und kulturelle Aktivitäten sind eingeschränkt. Die Sicherheitskräfte haben die Befugnis, die Personen, die zur „Schwächung des nationalen Bewusstseins“ beitragen, zu unterdrücken und zu bestrafen. Es kommt für diese Menschen zu willkürlichen Festnahmen und zu langen Haftzeiten. In der Haft kommt es zu systematischer Folter.

Trauma, Flucht und Migration

Diese Beispiele zeigen, dass viele Flüchtlinge, die als Asylbewerber nach Deutschland gekommen sind, nicht freiwillig emigriert sind, sondern vor Krieg oder bürgerkriegsähnlichen Zuständen, wegen fehlenden sozialen und politischen Strukturen, zunehmend auch aufgrund der Klimaveränderungen vor Naturkatastrophen oder aufgrund ihnen entzogener existentieller Lebensgrundlagen geflohen sind. Des Weiteren ist die Flucht, insbesondere an den Außengrenzen der Europäischen Union, mit extremen Lebensgefahren verbunden, Flüchtlinge kommen zu Tode, Familien werden getrennt, es kommt zu Ereignissen mit Todesangst und zu Erfahrungen existenziellem Bedrohtsein.

Erinnerungsspuren von Traumatisierungen werden gleichsam zu zerrissenen Dateien auf einer Festplatte, und Erinnerungsbruchstücke führen ein Geisterdasein

Aufgrund dieser individuellen Vorgeschichte sind viele Flüchtlinge im Sinne der europäischen Qualifikationsrichtlinien für die Aufnahme von Flüchtlingen als besonders schutzbedürftig anzusehen, dies gilt besonders für Kinder, Frauen, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, Folteropfer und schwer Traumatisierte. Es ist zu erwarten, dass nahezu alle Flüchtlinge, die das Wagnis der Flucht eingehen, tiefgreifende soziale Prozesse der Bedrohung, der Zerstörung und des Verlustes erlitten haben. Ein psychisches Trauma setzt ein komplexes Aktivierungsmuster (Fight; flight, Totstellreaktion) in Gang. Sie sind als entgegengesetzte Reaktionsmuster, als inneres Kapitulieren und Aufgeben, als katatonoide Reaktion oder zu einem eingefrorenen Zustand führend, als situative Derealisation und Depersonalisierung, als Abwehrreaktion gegen das überwältigende Ereignis zu verstehen und bedeuten eine Amnesie der schmerzlichen Erfahrungen. Der Zustand einer hypnotischen Selbsttrance setzt eine Identifizierung mit dem Aggressor oder gesamten traumatischen Szene in Gang. Dies geschieht in einem Zustand akuter Traumatisierung.

Chronische Angst führt zu einer Kultur des Schweigens, führt zu Isolation und beschädigt die Fähigkeiten zum Selbstschutz

Zunehmend verstehen wir ein Trauma aber als Traumatisierungsprozess, sodass sich die Reaktionsweisen in einem komplexen Prozess der sequentiellen Verarbeitung fortsetzen. Bei dem Begriff der Extremtraumatisierung handelt es sich um einen Begriff, der die Gratwanderung zwischen sozialpolitischen Dimensionen des Leids von traumatisierten Menschen und den individuellen psychologischen Prozessen ausdrücken soll. Sie soll die traumatische Spaltung aufheben, die sich auch in so manchen Begriffen, Stigmatisierungen und Psychologisierungen wiederfinden. In Bezug auf die Asylverfahren von Flüchtlingen finden traumaspezifische Gedächtnisprozesse noch ungenügend Berücksichtigung: eine Traumatisierung speichert die Erinnerungsspuren ohne Zeit- und Raumkoordinaten ab, sie werden gleichsam zu zerrissenen Dateien auf einer Festplatte, und Erinnerungsbruchstücke führen ein Geisterdasein im Leben und Erleben der Betroffenen. Das Trauma hat keine Zeitstruktur und wird dekontextualisiert erinnert. Die daraus folgenden Konsequenzen für die Asylpraxis werden zwischen den Beteiligen oft sehr kontrovers eingeschätzt.

Soziale und psychische Prozesse

Die sozialen Prozesse der Bedrohung, der Zerstörung und des Verlustes im Migrationsprozess korrespondieren mit psychischen Prozessen der Angst, der Traumatisierung und der Trauer. Sie beinhalten Erfahrungen des Bruchs, des Schocks, der Trennung und gehen mit tiefgehenden Gefühlen der Verlassenheit, des Getrenntseins und der Angst einher. Die folgenden Begriffspaare („Bedrohung - Angst“; „Zerstörung - Trauma“; „Verluste -Trauer“) hängen eng zusammen und überlagern einander und beschreiben den schwierigen Prozess einer traumatischen Migration. So ist chronische Angst eine allumfassende Atmosphäre in Kriegs- und Krisengebieten, kennzeichnet aber auch die Situation von Flüchtlingen im Exil.

Chronische Angst führt zu einer Kultur des Schweigens, führt zu Isolation und beschädigt die Fähigkeiten zum Selbstschutz. Die Lebenswirklichkeit von Migranten mit ungesichertem Aufenthaltsrecht ist elementar durch Einengung und Begrenzung, durch Abhängigkeit und einen Mangel an eigener Lebensgestaltung und der Unmöglichkeit von Selbstbestimmung

geprägt. Unter solchen Umständen können keine Trauerprozesse stattfinden, sodass die erlittenen Verluste akut bleiben. Die oft strukturell bedingten Integrationsschranken (vom Aufenthaltsstatus bis zur fehlenden Anerkennung ausländischer Abschlüsse) werden in der politischen Integrationsdebatte kaum thematisiert, oder sie werden geleugnet, da sie der Migrationsabwehr dienen. Migranten fühlen sich dabei fremd und unerwünscht. Manche von ihnen leugnen die eigene Herkunft, empfinden keine Verbundenheit mehr mit ihrem Land, da sie sich geduldet und schuldig für ihr Hier-sein fühlen. Wieder andere wehren dieses Geduldetsein ab, fühlen sich in einem Übergangszustand, aus dem sie weder in etwas Zukünftiges gehen können, noch zu etwas gutem Alten zurückkehren können. Beide extremen Varianten im Migrationsprozess begründen einen extremen Zustand der inneren Zerrissenheit.

Manche Migranten leugnen die eigene Herkunft, empfinden keine Verbundenheit mehr mit ihrem Land, da sie sich geduldet und schuldig für ihr Hier-sein fühlen

Migration und Gesundheit

Die Gesundheitsperspektiven von Opfern von Flucht und Trauma hängen eng mit den integrativen Bedingungen und Partizipationsmöglichkeiten nach der Aufnahme und nach dem Ankommen zusammen. Welche sozialen und psychischen Übergangsräume existieren zwischen einer mitgebrachten kulturellen Identität und einer aufnehmenden Gesellschaft, einem Drinnen (Herkunft) und dem Draußen (aktuelle Realität), somit zwischen der Vergangenheit und Zukunft?

Sind die Durchlässe und die Möglichkeiten flexibel und integrativ, so wird ein entscheidender Einfluss auf eine positive Verarbeitung eines traumatischen Migrationsprozesses gewonnen. Die individuell-biografische Vorgeschichte mit den Hintergründen der Migration beinhaltet, dass viele Flüchtlinge bei der Einreise besonders vulnerabel, d.h. besonders empfindsam und verletzbar in Bezug auf psychosoziale Belastungen und den Migrationsprozess an sich sind. Die Migration ist dabei als Krisensituation zu verstehen, die die Gefahr der Anfälligkeit für psychische Störungen steigert. Gerade bei Flüchtlingen zeigen sich in ihren restriktiven Lebensbedingungen die Gefahren, dass durch die Vorerfahrungen im Heimatland und durch die Migration ihre psychische Vulnerabilitäten aufrecht erhalten und vertieft werden, sodass die existenzielle Lebenswirklichkeit potentiell einen weitergehenden traumatogenen Einfluss bekommen könnte. Das Konzept der kumulativen Traumatisierung von Masud Khan impliziert, dass eine Reihe von Ereignissen, die jedes für sich genommen, nicht unbedingt traumatisch sein müssen, als Ganzes aber einen traumatischen Effekt haben können.

Die Migration gelingt dann am ehesten, wenn sogenannte Empowermentstrukturen, also Konzepte der Integration, der Teilhabe, der Antidiskriminierung und der Partizipation von allen gesellschaftlichen Gruppen vertreten werden. Empowerment heißt nicht nur, sich nicht nur besser fühlen, weil man die eigene Lage verstanden hat, sondern auch, weil man etwas dagegen unternimmt und dabei eine echte Teilhabe am gesellschaftlichen Prozess entsteht, mit der realistischen Perspektive der Veränderung von Machtstrukturen. D.h. also, dass bei der Verarbeitung traumatisch verlaufender Migrationsprozesse der Blick auf die sozialpolitischen Prozesse und Strukturen zu legen ist, um die Spannungen zwischen individuellen, intrapsychischen Vorgängen und gesamtgesellschaftlichen Prozessen besser zu verstehen.

Zentrale Erlebnisqualität eines Traumas ist aber, dass im Moment des Zusammenbruchs nicht mehr gedacht werden kann, weil das, was denkt - die psychische Struktur - vorübergehend ausgelöscht wurde. Es kommt zudem zu Fragmentierungen, die sinnvolle Abwehrprozesse darstellen können, um eine traumatische Situation zu überleben ("Psychisch zu sterben, aber physisch zu überleben"). Therapeutisch heißt das idealerweise, sein eigenes Potenzial zur Fragmentierung wachzurufen, bei gleichzeitiger Fähigkeit zum Containment. Sich auf die Zerstörung des Traumatisierten zu beziehen und die Zerstörung erkennen, ordnen, Bezugsrahmen herstellen, zu Bedürfnisbefriedigungen zu verhelfen, die wiederum zu psychischen Repräsentanzen führen, auf denen sich dann Wünsche aufbauen können. Letztlich sind die Zugangsmöglichkeiten für Beratung, Therapie, Gesundheitspräventionsangebote, regelhafte Dolmetscherdienste sowie soziale und ressourcenorientierte Integrationsmöglichkeiten für den Verlauf des Migrationsprozesses mit ihren gesundheitlichen Risiken und für die Gesundheitsperspektiven traumatisierter Migranten bedeutsamer und hilfreicher als der Schweregrad der Traumatisierung und biografisch belastender Lebensereignisse.

Fragmentierungen können sinnvolle Abwehrprozesse darstellen, um eine traumatische Situation zu überleben: „Psychisch sterben, aber physisch überleben"

Literatur

Salman Akhtar (2007): Immigration und Identität; Psychosozial-Verlag Gießen.

David Becker (2006) die erfindung des traumas – verflochtene geschichten; Edition Freitag.

Manfred Budzinski, Hrsg. (2010): Traumatherapie und gesellschaftliches Umfeld, edition akademie 28; 2010.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, Hrsg. (2006): Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge, von Loeper Literaturverlag.

León Grinberg/Rebeca Grinberg (2010): Psychoanalyse der Migration und des Exils; Klett-Cotta, 2. Auflage.

Beat Leuthardt (1999): An den Rändern Europas; Rotpunktverlag.

medio international, Hrsg. (2005): medico-Report 26: Im Inneren der Globalisierung; Mabuse-Verlag.

Informationen zu Zahlen und Fakten: Bundesamt für Migration und Flüchtinge (www.bamf.de).

Kontakt
Hajo Engbers, Refugio – Zentrum für Folter-, Flucht- und Gewaltopfer in Schleswig-Holstein
Internet: www.refugio.de

Experienced Involvement EX-IN

Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener als Experten aus Erfahrung

Von Ramona Freitag

Der Grundstein des Peer-Counseling[1] wurde bereits in den 1960er und 70er Jahren von schwerstbehinderten Menschen in den USA gelegt, die den Übergang von Anstalten ins „normale" Leben in der Gesellschaft anstrebten. Behinderte Menschen gaben ihre Lebenserfahrungen an andere Menschen weiter und entwickelten eigene Weiterbildungsprogramme, um ihre Beratungskompetenzen methodisch zu verbessern und zu erweitern. Peers werden inzwischen auch gern von Institutionen wie lokalen Behörden und Arbeitgebern konsultiert.

Ramona Freitag
ist EX-IN Absolventin 2009 /2010 und ehrenamtlich engagiert in der Selbsthilfe. Sie ist frühpensioniert aufgrund von bipolaren Störungen

Eine der wesentlichen Grundannahmen ist, dass jeder Mensch, der die Gelegenheit dazu bekommt, die meisten seiner eigenen Probleme des täglichen Lebens selbst lösen kann. Die Aufgabe des Peer-Beraters besteht vor allem darin, aufmerksam und akzeptierend zuzuhören und Menschen zu helfen, ihre eigenen Fähigkeiten weiter zu entwickeln und ihre Probleme selbst zu bewältigen.

Jeder Mensch kann die meisten seiner eigenen Probleme des täglichen Lebens selbst lösen, wenn er die Gelegenheit dazu bekommt

Das wird dadurch erleichtert, dass der Berater, Peer Counselor, selbst behindert ist und zu seinen körperlichen, geistigen oder seelischen Einschränkungen steht, woraus sich eine größere Vertrauensbasis entwickelt. Behinderte Ratsuchende können den Peer in einer Modell-Rolle wahrnehmen, die motivierend zur Bewältigung ihrer eigenen Schwierigkeiten wirken kann. Dem Hilfesuchenden wird ein empathisches, d.h. einfühlendes, wertfreies Zuhören gewährleistet.

Die Vorbildrolle schafft Motivation. Einfühlendes Zuhören bewirkt gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung. Eine nicht direktive Beratung führt zu mehr Selbstverantwortung und Eigenaktivität. Im Mittelpunkt steht immer der Ratsuchende und nicht der Kostenträger.

Experienced Involvement (EX-IN) bedeutet die „Einbeziehung von Betroffenen (Psychiatrie-Erfahrenen)" in den Genesungsprozess anderer Psychiatrie-Erfahrener. „EX-IN" ist der Name eines Projekts, das im Rahmen einer Leonardo da Vinci-Modellförderung der EU entstanden ist, in dem während einer einjährigen Fortbildung Psychiatrie-Erfahrenen Kompetenzen vermittelt werden, um später als MitarbeiterInnen, GenesungsbegleiterInnen und -helferInnen oder -beraterInnen sowie DozentInnen in psychiatrischen Diensten und der Bildungsarbeit oder in der Forschung tätig sein zu können. Partnerschaften bestehen u.a. zur Baerum Community (Gemeindeverwaltung, Norwegen), Change Birmingham2 (England), F.O.K.U.S Bremen, IGPB3 Amsterdam (Niederlande), Psychiatrie Süd-Stockholm (Schweden), University College Oslo (Norwegen), University Ljubljana (Slowenien), Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, University Maastricht (Niederlande)

Die Basis dieser Fort- bzw. Ausbildung begründet sich auf dem eigenen Erfahrungswissen. Während der Ausbildung geht es darum, der „Ver-rückung" einen individuellen und kollektiven Sinn zu geben, bei der die Auseinandersetzung mit Erklärungsweisen und Methoden einen hohen Stellenwert einnimmt. Aus dem individuellen Ich-Wissen heraus entwickeln die TeilnehmerInnen während der Ausbildung ein Wir-Wissen.

EX-IN versteht sich nicht als Ersatz oder Konkurrenz zu den professionellen Hilfsangeboten sondern als Ergänzung. EX-IN soll außerdem zu einer Statusverbesserung hinsichtlich Qualifikation und Einkommen führen. Sehr viele Psychiatrie-Erfahrene arbeiten bereits seit Jahren zuverlässig und erfolgreich in ehrenamtlichen Bereichen. Bei der Erforschung und Behandlung psychiatrischer Erkrankungen und Störungen wird den Erfahrungen Betroffener meist kein Gehör verschafft. Psychiatrie-Erfahrene verfügen jedoch über ganz eigene individuelle Wege und Methoden, die sie im Laufe der Jahre und Jahrzehnte im Umgang mit ihren psychischen Beeinträchtigungen und Krisen entwickelt haben. Diese eigenen Wege haben sie weder durch Medikamente noch sonstige Therapien für sich entdeckt und bieten ein breites Spektrum genesungsfördernder Ergänzung zu den traditionellen Hilfsangeboten.

„Helfendes Wissen mit-teilen" von Erfahrenen zu Erfahrenen, aber auch zu professionellen Helfern und Angehörigen kann eine Lücke schließen, die bislang unausgefüllt geblieben ist. Die

EX-IN-Ausbildung ist ressourcenorientiert ausgerichtet und begegnet so der bislang eher defizitären Medizin mit einem Angebot positiver Energie, die es oftmals gilt wieder zu wecken. Diese reichhaltigen Ressourcen, die psychiatrieerfahrene Menschen zu bieten haben, wurden in Deutschland bisher nicht in professionelle Angebote eingebunden und genutzt. Strategien von Erfahrenen blieben bislang unberücksichtigt.

Grauzone Honorierung

Was im Suchtbereich schon selbstverständlich ist, nämlich dass man sich des professionellen Erfahrenenwissens auch gegen entsprechende Honorierung bedient, ist in anderen psychiatrischen Bereichen nach wie vor eine Grauzone. Allenfalls wird Psychiatrie-Erfahrenen die ehrenamtliche Tätigkeit zugestanden, bei der oftmals nicht einmal die Auslagen erstattet werden. Dieser wird sich inzwischen gern bedient (u.a. Selbsthilfe, Vorträge, Artikel für Zeitschriften und Zeitungen, Interviews)

Einige wenige Institutionen bedienen sich inzwischen auch gegen entsprechende Honorarleistung dem Erfahrenenwissen. Psychiatrie-Erfahrene können eine Brücke zwischen Menschen, die sich in schweren Krisen befinden, und den professionellen Helfern bilden. Sie schließen somit eine Lücke, die häufig zwischen den in medizinischen Bereichen beruflich Tätigen und Psychiatrie-Erfahrenen bzw. Betroffenen entsteht, weil auf der Helferseite das Erfahrenen-Wissen fehlt. Da heißt es des Öfteren: „Am meisten lernt der Arzt von seinen Patienten". Jedoch wurde dieser Gedanke bisher nie so recht zu Ende gedacht. Die professionelle Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener beschränkte sich bisher auf die unentgeltlichen Tätigkeiten, die sicherlich unentbehrlich sind und auch weiterhin große Wertschätzung verdienen. Andererseits sollte sich dem Erfahrenen-Wissen auf Dauer auch gegen angemessene Entlohnung bedient werden.

Ein Jahr Ausbildung

Durch die einjährige Fortbildung wird engagierten Psychiatrie-Erfahrenen das Rüstzeug in die Hand gegeben, um in dieser bislang in Deutschland ungenutzten Nische tätig werden zu können. Für die Zulassung an der Teilnahme müssen sich die Interessenten schriftlich (auch per mail) bewerben. Die Bewerbung umfasst einen Lebenslauf und eine ein- bis zweiseitige Begründung, warum man diese Fortbildung absolvieren will. Dem schließt sich ein persönliches Bewerbungsgespräch an. Einige Tage später erfahren die Bewerber, ob sie an EX-IN teilnehmen können. Ein Kurs ist mit rd. 17 Teilnehmern besetzt. In dem Lebenslauf ist es, anders als bei sonst üblichen Lebensläufen, die im Zusammenhang mit Berufsbewerbungen geschrieben werden, erwünscht, ja sogar notwendig, auch die Krisenzeiten zu dokumentieren.

Es heißt des Öfteren: „Am meisten lernt der Arzt von seinen Patienten". Jedoch wurde dieser Gedanke bisher nie so recht zu Ende gedacht

Die Ausbildung besteht aus elf Modulen, denen jeweils eine Thematik zugeordnet ist. Die Kurse finden einmal mtl. an durchschnittlich 3 aufeinanderfolgenden Tagen statt. Die Module haben Themenschwerpunkte wie „Empowerment", „Recovery", „Trialog", „Assessment", „Beratung und Begleitung", „Lehren und Lernen" u.a. Während des Fortbildungsjahres müssen zwei Praktika in einer psychiatrischen Einrichtung, Kontakt- und Beratungsstelle, Beschwerdestelle u.a. absolviert werden über je mindestens 40 Stunden oder eine entspr. Anzahl von Vorträgen gehalten werden mit Beurteilungsbogen der Veranstaltungsteilnehmer. Über die Praktika wird je ein Praktikumsbericht verfasst.

Während der Ausbildung kann es schon mal Hausaufgaben geben, wie z.B. die Ausarbeitung eines Vortrags zu einem bestimmten Thema. In dem EX-IN-Kurs, den ich absolvierte, sollten die Teilnehmer in dem Modul „Selbsterforschung" ein Referat ausarbeiten zu dem Thema „wie erlebe ich meine Krisen /Erkrankung, und welches Erklärungsmodell habe ich dafür". Es zeigte sich eine enorme Vielfalt an Bewältigungsstrategien, Reflektionen und Werdegängen der einzelnen Teilnehmer. Und es zeigten sich wiederum verblüffende Ähnlichkeiten in den einzelnen Biographien.

EX-IN basiert auf der gegenseitigen Wertschätzung individueller Lebensgeschichten und geteilter Erfahrungen. Wir ermutigen uns und werden ermutigt, Verantwortung für uns selbst zu übernehmen und an einer Entwicklung mitzuwirken, die Wachstum fördert und befähigt, an Entscheidungsprozessen aktiv mitzuwirken. Es war immer wieder spannend zu erfahren, wie unterschiedlich die Teilnehmer mit ihren Krisen umgegangen sind, wie verschieden die Erlebenswelten sind, aber auch, wie sich stets gemeinsame Schnittmengen ergeben, die dann über die Ausgangsposition der EX-IN-Fortbildung vom Ich-Wissen zum angestrebten Ziel des Wir-Wissens führen.

Die Teilnehmer müssen im Laufe der Ausbildung ein Portfolio erstellen. Hier wird ein Aktionsplan für die eigene Weiterentwicklung aufgestellt und neu Erlerntes und bisheriges Wissen reflektiert. Für die Begleitung und Unterstützung bei der Bewältigung dieser aufwendigen Arbeit teilen sich die Kursteilnehmer in Kleingruppen auf. Diesen wird ein Mentor aus den Reihen der professionellen Helfer zugewiesen, der die Teilnehmer dabei unterstützt, das Portfolio zu erstellen. Die Portfoliogruppen treffen einander außerhalb der EX-IN-Fortbildungstermine gesondert. Für das Ende des Kurses und des letzten Moduls muss eine Abschlusspräsentation gefertigt und vorgetragen werden. Hier ist kein bestimmtes Thema vorgegeben, sollte aber mit der eigenen Entwicklung und /oder EX-IN zu tun haben.

Während der Fortbildung dürfen Fehlzeiten von insgesamt 10 Prozent nicht überschritten werden. Das entspricht 3 Tagen. Fehlzeiten können im nächsten Kurs nachgeholt werden. Es gibt natürlich auch viele Widerstände, warum keine Bereitschaft für den entgeltlichen Einsatz von EX-IN-Absolventen besteht.

Genesungshelfer

Was sich in anderen europäischen Ländern bereits etabliert und durchgesetzt hat, ist in Deutschland noch die große Ausnahme. Aber es besteht Hoffnung. Es war für die TeilnehmerInnen von EX-IN im Allgemeinen kein Problem, einen Praktikumsplatz zu bekommen.

Die Resonanz der professionellen Helfer war durchweg positiv. Die Klienten haben die angehenden Genesungshelfer als Bereicherung empfunden, eben genau aus dem Grund, warum es Sinn macht, Psychiatrie-Erfahrene in psychiatrisch helfenden und unterstützenden Bereichen professionell einzusetzen. Nur Menschen, die selbst schwere psychische Krisen durchlebt haben, können nachvollziehen, wie es in Menschen aussieht, die diese gerade durchleben. Die angelernte Empathie durch professionelle Helfer wird durch die authentische Empathie von Psychiatrie-Experten aus eigener Erfahrung sinnvoll ergänzt ohne den Anspruch zu erheben, sie ersetzen zu wollen. Beide können sich positiv bereichern und haben ihre Berechtigung. Sie können nebeneinander konkurrenzlos bestehen und sich gegenseitig wertschätzen.

Nur Menschen, die selbst schwere psychische Krisen durchlebt haben, können nachvollziehen, wie es in Menschen aussieht, die diese gerade durchleben

Durchweg alle Teilnehmer in EX-IN-Berlin 2009/2010 haben die Ausbildung als Bereicherung und Entwicklungsfortschritt empfunden. Wir sind wertschätzend und empathisch miteinander umgegangen und haben viel hinterfragt. Die stete Reflektionsarbeit, die hier geleistet wurde, veranlasste einen Teilnehmer zu der von ihm so empfundenen Aussage „ein Tag EX-IN ist so intensiv wie eine Woche normale Ausbildung“.

Psychiatrie-Erfahrung als Berufskompetenz, die Mitarbeit Psychiatrie-Erfahrener mit ihren ganz individuellen Erfahrungswerten im psychosozialen System: Das ist nun auch in Deutschland keine Zukunftsmusik mehr. In unseren europäischen Nachbarstaaten wie Großbritannien, den Niederlanden oder Norwegen sind Psychiatrie-Experten aus Erfahrung bereits im selbstverständlichen und entgeltlichen Einsatz der psychiatrischen Versorgung tätig.

Das Interesse wächst

Das lässt uns in Deutschland hoffen, auch wenn die Pionierarbeit noch nicht beendet ist. Inzwischen gibt es hierzulande zunehmend mehr psychiatrische Institutionen, die mit Genesungsbegleitern zusammenarbeiten und deren Arbeitsweisen schätzen. Andere Träger zeigen bereits Interesse an der Schaffung entsprechender Stellen. Ein psychosozialer Dienst strebt für Peers eine Beschäftigungsquote von rund 5 Prozent an. Er sieht darin außerdem ein unverzichtbares Qualitätsmerkmal. Für Einrichtungen wie die Krisenpension in Berlin oder den Verein „Offene Herberge“ ist es zur Selbstverständlichkeit geworden mit Erfahrenen-Experten zu arbeiten. In Berlin sind zwei weitere Krisenpensionen im Entstehen, die bereits Zusagen erteilten, dass entsprechende Einstellungen vorgenommen werden.

Urheber des EX-IN-Projekts ist der Bremer Sozialpädagoge Jörg Utschakowski. In seiner Arbeitspraxis stellte er immer wieder fest, dass eine große Unzufriedenheit bei psychisch kranken Menschen z.B. mit der medizinischen Versorgung herrscht. Daraus resultierte für Utschakowski der Lösungsansatz, dass es sinnvoll sei, die Erfahrungen von psychisch kranken Menschen in die Behandlung aktiv einzubeziehen. Weiter führt er aus, dass diese Menschen für unser Gesundheitswesen besonders wichtig seien, da sie durch ihre gelebte Erfahrung zu Experten herangewachsen sind. Sie können psychische Störungen weitaus besser erklären. Da ist es nicht verwunderlich, dass EX-IN in Deutschland erstmals 2006 in Bremen startete, gefolgt von Hamburg und Berlin. In Berlin ging gerade der zweite EX-IN-Kurs zu Ende. Der nächste fängt im Mai an. Jedes Jahr werden es mehr Bewerber. EX-IN spricht sich herum wie ein Lauffeuer. Im März des Jahres 2010 startete in Köln die EX-IN-Ausbildung erstmals. Seit Oktober treffen sich die ersten baden-württembergischen EX-INler in Stuttgart zur Weiterbildung.

„Es war so, als hätte ich einen Stein ins Wasser geworfen, der dann immer weitere Kreise zog und Wellen schlug“, erinnert sich Jörg Utschakowski.

Ich bin mehr als glücklich, an EX-IN teilgenommen haben zu können. Es war eine ganz besondere „Psychiatrie-Erfahrung“ als Psychiatrie-Erfahrene, die ich inzwischen seit mehr als drei Jahrzehnten bin. Ein sehr wertvolles und positiv intensives Erfahrungsjahr ist vollbracht. Während der Praktika, die ich in Kliniken auf psychiatrischen Stationen absolvierte, konnte ich herausfinden, wie ich mich künftig zwischen den professionellen Helfern und den Patienten positionieren möchte. Denn diese Stelle ist bislang nahezu in allen psychiatrischen Bereichen unbesetzt. Ich wünsche mir, mit meinen eigenen Recovery- und Empowerment-Erfahrungen sowie dem Starter-Kit, das ich aus der EX-IN-Ausbildung mitgenommen habe, dazu beitragen zu können, diese bisherige Lücke ein stückweit zu schließen.

Anmerkungen

1 Peer = Bezugsperson, bezieht sich auf Menschen, die gleich sind, Gleichgestellter, Gleichrangiger – Menschen, die gleiche Erfahrungen haben; Counseling = Beratung, Empfehlung

2 Choice and Alternatives for Growth and Experience – Wahlmöglichkeit und Alternativen für Wachstum und Erfahrung – Organisation von Psychiatrie-Erfahrenen und Professionellen

3 Institut für Forschung, Entwicklung und Ausbildung Amsterdam.

Informationen über EX – In (Experienced Involvement):
Jörg Utschakowski (EX-IN Koordinator), c/o F.O.K.U.S. / Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V., Liegnitzstr. 63, 28237 Bremen, Telefon 0421 – 380 19 50,
Internet: www.ex-in.info

Aus der Antipsychiatrie ins Großkrankenhaus

Soteria am Klinikum München-Ost

Von Roswitha Hurtz

Soteria kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet „Wohlergehen, Geborgenheit, Heilung“ –vielversprechende Begriffe, die Hoffnungen und Erwartungen wecken. In der Psychiatrie ist „Soteria“ seit Jahrzehnten ein vieldiskutiertes Reizthema, das zumeist genauso engagierte Befürworter wie einhellige Ablehner findet. In den Zeiten der Antipsychiatrie als Alternative zur psychiatrischen Klinikbehandlung entstanden, gibt es neben der international bekannten „Soteria Bern“ in Deutschland zwei Soteria-Projekte in Trägerschaft von psychiatrischen Kliniken: Zwiefalten und München. In einem milieutherapeutischen Setting werden Menschen in akuten Psychosen in Form aktiven Dabei-Seins bei einem zurückhaltenden Umgang mit neuroleptischer Medikation durch ihre Psychose begleitet. Im Folgenden werden das Soteria-Konzept, seine Umsetzung und die bisherigen Erfahrungen am Klinikum München-Ost vorgestellt.

Soteria kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet Wohlergehen, Geborgenheit, Heilung

Die Geschichte der Soteria-Idee

In den 60er und 70er Jahren war die Psychiatrie auch nach Einführung der Neuroleptika immer noch weitgehend geprägt durch die Jahrzehnte der Anstaltspsychiatrie mit autoritären und patriarchalischen Strukturen. In diesem Kontext entwickelte und realisierte der amerikanische Psychiater Loren Mosher die Idee einer wohngemeinschaftsähnlichen Einrichtung als alternatives Behandlungsprojekt außerhalb einer psychiatrischen Klinik und nannte es „Soteria“. Dort wurden ersterkrankte schizophrene Menschen durch ihre Psychose begleitet. Die Soteria in Kalifornien musste nach 12 Jahren aufgrund der Einstellung der staatlichen Gelder geschlossen werden. Der Schweizer Psychiater Luc Ciompi war von dem Modell so beeindruckt, dass er 1984 ein entsprechendes Soteria-Projekt in Bern gründete, das im letzten Jahr sein 25-jähriges Bestehen feierte. Kernelemente des Soteria-Konzeptes sind:

- Psychosebegleitung in Form aktiven Dabei-Seins („being-with“)
- zurückhaltender Umgang mit neuroleptischer Medikation
- milieutherapeutischer Ansatz

Die Arbeitsgemeinschaft Soteria München (ASM)

Die Arbeitsgemeinschaft Soteria München (ASM) bildete sich 1995 als informeller trialogischer Zusammenschluss von in der Psychiatrie ambulant und stationär Tätigen, von Psychose-Erfahrenen und Angehörigen. Ihr Ziel war es, in Anlehnung an die bekannten Soteria-Projekte in den USA und der Schweiz, eine integrierte Behandlungsmöglichkeit für Menschen mit Psychosen zu realisieren. Trotz engagierter Bemühungen vergingen mehrere Jahre, ohne dass sich konkrete Umsetzungsmöglichkeiten fanden. Schließlich ergab sich durch das Zusammentreffen verschiedener glücklicher Umstände die Möglichkeit einer Soteria auf dem Gelände und in Trägerschaft der Klinikums München-Ost. Mit den Krankenkassen konnte ein jährliches Zusatzbudget verhandelt werden, dass eine knapp 50% höhere personelle Besetzung in allen Berufsgruppen als üblich ermöglichte. Im Oktober 2003 wurde die Soteria am Klinikum München-Ost eröffnet.

Das Haus

Die Soteria befindet sich in einem Jugendstil- Pavillon auf dem großen Parkgelände des Klinikums. Zunächst stand das Erdgeschoss mit etwa 400 qm sowie einem großen Garten zur Verfügung. Es gab 12 Betten in 2- und 3-Bett-Zimmern, außerdem ein sogenanntes „Weiches Zimmer“ – ein nur mit Teppichboden und Matratzen ausgestatteter reizarmer Raum. Seit März 2010 konnte im gleichen Haus im Obergeschoss eine zweite Soteria-Einheit eröffnet werden. In beiden Einheiten stehen jeweils 8 Betten und 4 tagklinische Plätze zur Verfügung. Die Gesamtatmosphäre hat einen wohnlichen Charakter und trägt zu einem Milieu bei, in dem die Patientinnen und Patienten sich angenommen fühlen und das gleichzeitig ihre aktive Beteiligung an der Alltagsgestaltung unterstützt.

Roswitha Hurtz
ist Fachärztin für Psychiatrie und.Psychotherapie und Oberärztin der Soteria Einheiten am Isar-Amper-Klinikum München.

Wer kann in der Soteria behandelt werden?

Es werden Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis im Alter zwischen 18 und 50 Jahren aufgenommen, sowohl ersterkrankte Menschen wie auch chronisch Erkrankte, die an einer akuten Verschlechterung leiden. Günstig für eine Aufnahme ist eine minimale Behandlungsbereitschaft des Patienten, es werden aber auch vormundschaftsgerichtlich untergebrachte Patienten behandelt. Ausschlusskriterien sind primäre Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, sowie hirnorganische oder schwerwiegenden somatischen Erkrankungen. Bei Selbst- oder Fremdgefährdungs-Tendenzen muss eine ausreichend sichere Bündnisfähigkeit herzustellen sein, damit der Schutz des Betroffenen

und seiner Umgebung im Rahmen der Soteria gewährleistet werden kann.

Milieutherapeutischer Stationsalltag

Milieutherapeutisches Kernelement des Konzeptes ist es, gemeinsam mit den Patienten den Alltag mit allen anfallenden Aufgaben wie einkaufen, kochen, putzen, waschen zu gestalten. Dies schafft Verbindung und Verbindlichkeit zwischen allen Beteiligten und hat sich bestens bewährt. An den Mahlzeiten nehmen in der Regel mindestens zwei Mitarbeitende teil. In der täglichen Morgenrunde treffen sich alle Patienten und alle diensthabenden Mitarbeitenden, um die für den Tag anfallenden Dinge zu besprechen. Organisatorisches wie Großeinkauf, Putzdienste und gemeinsame Freizeitaktivitäten, aber auch Themen des Zusammenlebens in der Gemeinschaft werden hier verhandelt. Diese gemeinsame Alltagsgestaltung hat nachhaltige Folgen: Die übliche formale Trennung zwischen Mitarbeitern und Patienten wird aufgehoben, dabei ist das Infragestellen der vertrauten Berufsrollen und die ständige Nähe zu den Patienten fast ohne Rückzugsmöglichkeiten durchaus anstrengend und kräftezehrend. Aber ein „normaler Alltag“ für Menschen in psychotischen Krisen ermöglicht zugleich einen Bezug zur Realität, Erfolgserlebnisse stärken die gesunden Anteile und das Selbstwerterleben. Das Team erlebt immer wieder, wie konstruktiv auch akut- und „schwerkranke“ Patienten sich am milieutherapeutischen Alltag beteiligen können. Damit wird ein Patient nicht so leicht zum Objekt, von dem die Institution „Anpassung“ (= Passivität) erwartet, sondern bleibt ein Subjekt mit individuellen Besonderheiten und Selbstverantwortung.

Ein „normaler Alltag“ für Menschen in psychotischen Krisen ermöglicht zugleich einen Bezug zur Realität, Erfolgserlebnisse stärken die gesunden Anteile und das Selbstwerterleben

Vollstationäre und teilstationäre Behandlung

In einer akuten psychotischen Krise wird in der Regel eine vollstationäre Aufnahme in die Soteria erforderlich sein. Bei entsprechenden Rahmenbedingungen (vorhandene Wohnmöglichkeit, Hilfe bei der Bewältigung der Wegstecke, Unterstützung durch das soziale Umfeld) kann eine tagklinische Krisenbehandlung, die auch das Wochenende einschließen kann, vereinbart werden. Die Einbeziehung der tagklinischen Patienten in den milieutherapeutischen Alltag mit gemeinsamen Aktivitäten, Gruppen und Diensten hat sich bewährt und führt zu einer selbstverständlichen Integration. Nach einem vollstationären Aufenthalt kann eine tagklinische Behandlung mit den gleichen Bezugspersonen und der gleichen Patientengemeinschaft im gleichen Setting den Übergang nach Hause und in eine ambulante Behandlungsform erleichtern, die vollstationäre Behandlung dadurch auch verkürzen. Falls eine Zustandsverschlechterung eine Wiederaufnahme in das vollstationäre Setting erforderlich macht, ist dies unbürokratisch mit den vertrauten Bezugspersonen und in der gleichen Umgebung möglich.

Multiprofessionelles Team

Auf jeder der beiden Soteria-Einheiten arbeitet ein multiprofessionelles Team, das überwiegend aus Pflegekräften, jeweils einer Ärztin / einem Arzt, einer Psychologin / einem Psychologen und einer Sozialpädagogin / einem Sozialpädagogen besteht. Es besteht Gleichrangigkeit der Sichtweisen und Behandlungsmethoden der beteiligten Fachrichtungen. Ein erweitertes Berufsrollen-Verständnis sowie individuelle Kompetenzen der Mitarbeitenden sind von großer Bedeutung. Alle Berufsgruppen außer der pflegerischen und ärztlichen Leitung beteiligen sich am Schicht- und Wochenenddienst. Jeder Patient wird von einem so genannten Tandem, das aus zwei Teammitarbeitern besteht, von der Aufnahme bis zur Entlassung vollverantwortlich betreut. Bei der Dienstplangestaltung wird versucht, die Anwesenheit der beiden Tandempartner möglichst gleichmäßig zu verteilen, um genügend Kontinuität für die Psychosebegleitung zu erreichen. 1:1-Begleitung heißt, dass personell mindestens 2 Mitarbeiter in der Schicht sind, so dass für jeweils einen unserer Patienten eine kontinuierliche Begleitung angeboten werden kann. Die 1:1-Begleitung kann im Weichen Zimmer, aber auch auf der Station stattfinden. Ziel ist, sich auf die Bedürfnisse des psychotischen Menschen einzustellen und herauszufinden, was gerade hilfreich sein könnte. Therapeutische Gruppen werden auf der Station von den Teammitgliedern abhängig von Qualifikation und Fähigkeiten angeboten. Fest etabliert sind eine zweimal wöchentlich stattfindende psychotherapeutische Gruppe, eine Interaktionsgruppe und eine kunsttherapeutische Gruppe. Eine flache Hierarchie mit möglichst vielen Entscheidungen im Team lässt Raum für ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Individualität. Es besteht ein duales Leitungsmodell durch die pflegerische Stationsleitung und die Oberärztin.

Therapeutische Grundhaltung und Therapeutischer Ansatz

Wirksames Element einer stationären Behandlung sind primär die Beziehungen, die sich zwischen allen Beteiligten auf der Station entwickeln sowie die gesamte Atmosphäre einer Station. Soteria nutzt dies konstruktiv. Jeder Mitarbeitende des Teams hat entscheidenden Einfluss auf diese beiden Parameter, die bei einer stationären Behandlung ständig wirksam sind. Die Gestaltung von Beziehungen ist zentraler Arbeitsinhalt. Dabei stehen das subjektive Erleben des Patienten und der Aufbau eines vertrauensvollen Kontaktes im Mittelpunkt, nicht die Einordnung in diagnostische Kriterien. Transparenz und Überschaubarkeit einer reizreduzierten Umgebung sowie konstante Beziehungen geben Sicherheit und Orientierung.

Transparenz und Überschaubarkeit einer reizreduzierten Umgebung sowie konstante Beziehungen geben Sicherheit und Orientierung

Umgang mit Medikamenten

Ziel ist es, Medikamente besonders niedrig zu dosieren, bewusst und individuell einzusetzen. Im Vordergrund steht der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Bezugspersonen. Auf Wunsch des Patienten kann die Behandlung zunächst ohne Medikamente erfolgen. Bei sehr quälenden Symptomen können Tranquilizer oder Schlaftabletten gegeben werden. Bei fehlender Besserung der psychotischen Symptome nach 1-2 Wochen wird eine neuroleptische Medikation vorgeschlagen. Diese wird individuell abgestimmt und unter Berücksichtigung des sub-

jektiven Erlebens und eventueller Vorerfahrungen des Patienten eingesetzt. Nach ausführlicher Aufklärung über die Gründe, Wirkungen und Nebenwirkungen ist es Ziel, einen Konsens zu finden. Medikamente werden außer bei akuter Fremdgefährdung nicht gegen den Willen des Patienten gegeben. Ein eigenverantwortlicher und möglichst selbstverständlicher Umgang des Patienten mit seiner Medikation soll erreicht werden.

Soteria in einem Krankenhaus kann funktionieren, wenn bei allen Beteiligten genügend Engagement und Wille vorhanden sind, eingefahrene Gleise zu verändern

Vernetzung mit dem ambulant-komplementären Bereich

Eine frühzeitige, kontinuierliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem ambulant-komplementären Bereich ist sinnvoll und notwendig. Insbesondere erfolgt die Kooperation mit den sozialpsychiatrischen Diensten, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten und therapeutischen Wohngemeinschaften. Die Zusammenarbeit erfolgt anlässlich einer geplanten stationären Aufnahme, während des Behandlungsverlaufs sowie bei der Entlassung. Wichtig sind uns (das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt) Informationsaustausch, Transparenz und Offenheit sowie gemeinsame Planungen und Absprachen. Zum Austausch über die Zusammenarbeit findet zweimal jährlich ein Kooperationstreffen des Soteria-Teams mit interessierten MitarbeiterInnen des ambulant-komplementären Bereichs statt. Zudem gibt es einen dreimal jährlich tagenden Fachbeirat für die Soteria, der sich aus Mitarbeitenden des ambulanten und stationären Bereichs, sowie Betroffenen und Angehörigen zusammensetzt. Der Fachbeirat dient der übergreifenden Kooperation wichtiger, auf das Projekt bezogener Funktionsträger, der Unterstützung des Projekts selbst, sowie der Förderung des Trialogs.

Bewertung der bisherigen Soteria-Jahre

Nach fast sieben Jahren sind in den Soteria-Alltag Ruhe und Gelassenheit eingekehrt, zugleich ist und bleibt es, eine lebendige Herausforderung, sich immer wieder neu auf die individuelle Psychosebegleitung jedes einzelnen Patienten einzustellen. Wir haben erleben müssen, dass es auch immer wieder Patienten gibt, für die wir mit unseren Möglichkeiten nicht hilfreich sein können, die dann (bei dringender weiterer Behandlungsbedürftigkeit) verlegt oder entlassen werden müssen. Unsere eigenen Grenzen sind uns einige Male, manchmal auch sehr schmerzlich klargemacht worden. Wir versuchen, daraus zu lernen und die Erfahrungen in die weitere Teamentwicklung und Konzeptfortschreibung aufzunehmen. Es ist entlastend, mit Hilfe einer psychotherapeutischen Haltung differenzierter zu verstehen, was in den Alltags- und Gesprächssituationen passiert. Es ist wichtig, schwierige Alltagssituationen ansprechen und im Team reflektieren zu können sowie gemeinsame Handlungsstrategien zu entwickeln. Wir nutzen dazu neben unserer Verlaufsbesprechung und monatlichen Supervision eine wöchentliche Intervisionsrunde. Darüber hinaus ist es für das Team unverzichtbar, regelmäßig in gemeinsamen Fortbildungen und Klausuren unsere Haltung, Handlungs- und Arbeitsweisen zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren.

Das Soteria-Konzept kollidiert mit dem gesellschaftlichen Auftrag an die Psychiatrie, ängstigende Verrücktheit zu bannen

Soteria im (Groß-)Krankenhaus

Es ist bemerkenswert, dass es gerade in einem so großen Krankenhaus wie dem Klinikum München-Ost möglich geworden ist, Neues zu wagen und Soteria umzusetzen. Auch wenn es in Zeiten der Standardisierung und Normierung nicht immer ganz einfach ist, einen besonderen, auf viel Individualität sowohl der Patienten als auch der Mitarbeitenden beruhenden Ansatz durchzuhalten – eine Soteria in einem Krankenhaus kann existieren und funktionieren, wenn genügend Engagement und Wille zur Veränderung eingefahrener Gleise bei allen Beteiligten vorhanden sind. Das Soteria-Konzept hat in Ergänzung zu den anderen Stationen und Konzepten seine Alltagstauglichkeit unter Beweis gestellt, sich einen Platz in der Pluralität des Klinikum München-Ost gesichert und erweitert die konzeptionelle Bandbreite.

Psychiatriepolitische Aspekte

Es bleibt die Frage, warum sich das Soteria-Konzept trotz nachgewiesener Erfolge, trotz zahlreicher Initiativen und trotz der Psychiatrie-Erfahrenen- und Angehörigen-Bewegung nicht stärker durchsetzten kann. Ein entscheidener Punkt ist die Finanzierung, Soteria braucht mehr Personal und dies kostet Geld. In Anlehnung an Professor Wielandt Machleidt und auf dem Hintergrund eigener Erfahrungen von knapp sieben Jahren Soteria erscheint mir aber auch Folgendes bedenkenswert: das Soteria-Konzept beinhaltet eine Begegnung existentieller Art mit Menschen in akuten psychotischen Krisen. In einer Haltung des Annehmens gilt es, einen verstehenden und tragfähigen Kontakt aufzubauen. Dieser direkte und nahe Kontakt mit dem Patienten „auf gleicher Augenhöhe“ stellt die traditionellen, schützenden Berufsrollen in Frage und ist damit geeignet, Verunsicherung auszulösen. Das Soteria-Konzept kollidiert mit dem gesellschaftlichen Auftrag an die Psychiatrie, ängstigende Verrücktheit zu bannen. Wenn im Soteria-Konzept versucht wird, die üblichen Widerstände der Sprachlosigkeit, der dominierenden Medikation, der institutionellen und administrativen Zwänge, u.v.a.m. im besten Fall aufzulösen, dann führt das nicht nur zu besonderen Herausforderungen an alle Mitarbeitenden, es erschwert auch die fachpolitische und persönliche Akzeptanz des Soteria-Konzeptes.

Kontakt:

Dr. Roswitha Hurtz,
Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH

Klinikum München-Ost, Vockestraße 72,
85540 Haar bei München
Telefon: 089 / 4562-0,
Email: roswitha.hurtz@iak-kmo.de.

Integriert versorgen im Verbund

Ein Lösungsweg gestaltender Gesundheitspolitik

Von Susanne Schäfer – Walkmann

Dieser Betrag behandelt ein erfolgreiches ‚Leuchtturmprojekt Demenz' des Bundesministeriums für Gesundheit: Die Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern (IDOB). Im Rahmen dieses anspruchsvollen Vernetzungsprojektes wurde nach alternativen Gestaltungsoptionen gesucht, die innerhalb des gegliederten Systems der Gesundheitsversorgung sektoren- und säulenübergreifend patientenorientierte und effektive Versorgungsabläufe ermöglichen. Mithilfe einer integrierten Versorgung im Verbund kann eine humane, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung Demenzkranker im häuslichen Umfeld gelingen. Allerdings setzt dieser Anspruch an einigen Punkten ein ernsthaftes Umdenken und im Sinne der Nachhaltigkeit eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung voraus, insbesondere bei der Gegenfinanzierung von notwendigen komplementären Leistungen.

Susanne Schäfer-Walkmann
ist Politologin und leitet den Studiengang Soziale Arbeit im Gesundheitswesen an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg.

Eine Versorgung Demenzkranker, die der Würde des Menschen folgt

„Eine Versorgung Demenzkranker, die der Würde des Menschen folgt" – unter diesem Motto wurden auf Initiative der ehemaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zwischen 2008 und 2010 innovative Versorgungsprojekte zur Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Menschen erprobt, um dann im Herbst 2010 die besten zu identifizieren, weiter zu entwickeln und auf eine möglichst flächendeckende Versorgung hinzuwirken.

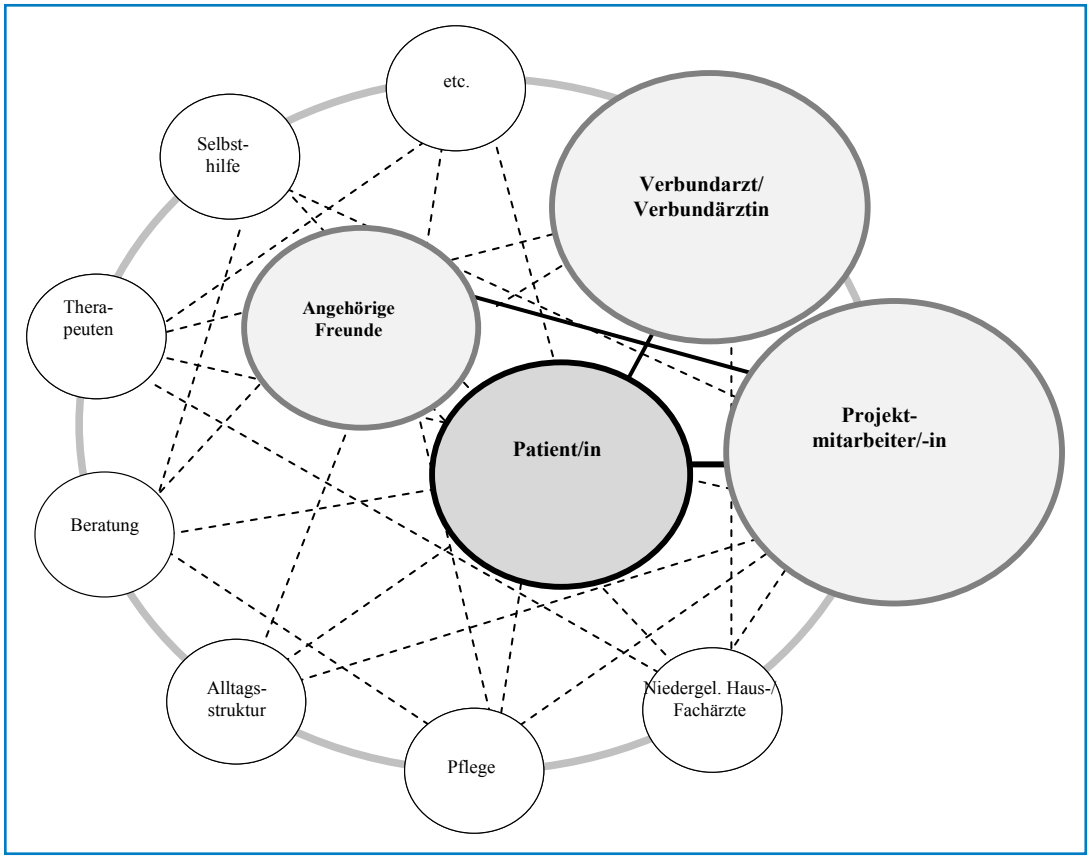
Zusammen mit zehn weiteren Modellprojekten wurde die Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern (IDOB) zur Förderung ausgewählt und dem Themenfeld „Koordinierung, Kooperation und Netzwerkstrukturen" zugeordnet. Die Erprobung bildet eine Bandbreite von Aspekten ab, die im Zusammenhang mit vernetzten Versorgungsstrukturen immer wieder zur Sprache kommen:

- Umsetzung des Grundsatzes ‚ambulant vor stationär', einschließlich einer Stärkung des ambulanten Sektors;
- interprofessionelle Kooperation in der medizinischen Primärversorgung, insbesondere zwischen Hausarzt/Hausärztin und ambulanter Pflege;
- Schnittstellenprobleme an der Überleitung vom stationären in den ambulanten Sektor;
- Beratung und Stärkung sozialer Unterstützungsnetzwerke (pflegende Angehörige, Selbsthilfe, freiwillige Helfer/innen);
- Verbesserung der Beratung und Diagnostik bei Demenz;
- Kooperation und Zusammenarbeit in interdisziplinären Versorgungsverbünden mit Sozialraumbezug;
- und nicht zuletzt: Kosteneffekte und Wirtschaftlichkeitserwartungen durch integrierte Versorgung.

Am ‚Leuchtturmprojekt IDOB' waren die Isar-Amper-Kliniken gGmbH, die Inn-Salzach-Kliniken gGmbH und als freier Träger die projekteverein gGmbH federführend beteiligt. IfaS, Institut für angewandte Sozialwissenschaften im Zentrum für Kooperative Forschung an der DHBW Stuttgart, Fakultät Sozialwesen führte die Projektentwicklung und Evaluation durch.

Der Auftrag: Demenzkranke Menschen gemeinsam und integriert versorgen

Bei IDOB handelte es sich um ein komplexes, säulen- und sektorenübergreifendes Vernetzungsprojekt zur integrierten Demenzversorgung mit dem Ziel einer Sicherstellung der ambulanten, häuslichen und wohnortnahen Versorgung demenzkranker Menschen. Unmittelbar nach Einschluss in das Projekt erhielten die Patienten individuell abgestimmte Leistungen durch medizinische, rehabilitative sowie sozial-psychiatrische Leistungserbringer, die in einem regionalen Versorgungsverbund die Versorgung Demenzkranker sicherstellen. IDOB wurde in einer städtischen (München-Ost) und in einer ländlichen Modellregion (Berchtesgadener Land) erprobt. Strukturell zielte die Modellerprobung darauf ab, diese innovative Lösungsskizze moderner Demenzversorgung im Erfolgsfall zu verstetigen und das vernetzte Zusammenwirken in einem Vertrag zur integrierten Versorgung abzubilden, der allen Beteiligten Transparenz und Planungssicherheit bietet. Das integrierte Versorgungsmodell von IDOB



Darstellung: IDOB-Projektstruktur

Quelle: IfaS 2010; „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern".

Die schwarz gestrichelten Linien deuten veränderte Kommunikationsstrukturen an: Im Integrierten Versorgungsverbund löst sich eine ringförmige, häufig nebeneinander bestehende Kommunikation zugunsten einer vernetzten und verbindlichen Kommunikationskultur mit dem/der Projektmitarbeiter/in als zentraler „Schaltstelle" auf.

besteht im Kern aus zwei Säulen: Erstens aus einer systematischen, kontinuierlichen Zusammenarbeit von Projektarzt/-ärztin, Psychologin (Institutsambulanz der beteiligten Klinik) und sozialpsychiatrischer Einzelfallhilfe (Freier Träger, Schwerpunktpraxis) und zweitens aus einer systematischen, verbindlichen Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer in der Versorgungsregion in einem Versorgungsverbund, gesteuert durch ein Versorgungsmanagement.

Zentrales Merkmal von IDOB ist demzufolge die durchgängige Verbindung von Case Management-Prozessen und Care Management-Prozessen. Die personzentrierte, am individuellen Bedarf ausgerichtete notwendige Versorgung wurde durch eine Projektmitarbeiterin bzw. einen Projektmitarbeiter der projekteverein gGmbH in Case Management-Funktion ermittelt und in enger Abstimmung mit der zuständigen Projektärztin bzw. dem Projektarzt aus der Institutsambulanz der jeweiligen Klinik geplant, eingeleitet und im Verlauf ggfs. angepasst. Gleichzeitig wurden in den Modellregionen Verbundstrukturen aufgebaut, in denen sich niedergelassene Haus- und Fachärzte, therapeutische Berufsgruppen, ambulante Pflegedienste, teilstationäre Anbieter, aber auch die Alzheimergesellschaft, lokale Nachbarschaftshilfen und Angehörigengruppen engagierten. In der Care Management-Funktion war es die Aufgabe der Projektbeauftragten, in den Modellregionen (= Sozialraum), die Chancen für ein koordiniertes Zusammenarbeiten auszuloten, Kooperationspartner zu gewinnen, standardisierte Kommunikationswege aufzubauen, verbindliche Absprachen zu treffen und z. B. durch gemeinsame Fallkonferenzen und Dokumentation die Versorgungsqualität der Demenzversorgung zu verbessern.

„Also, da ist man in guten Händen!"

Zentrale Ergebnisse der Evaluation

Von September 2008 bis September 2009 wurden 247 Demenzpatienten durch IDOB im häuslichen Umfeld versorgt. 64,4% waren Frauen, 35,6% Männer, das Durchschnittsalter betrug 80,5 Jahre, die jüngsten Patienten waren 54 Jahre, die ältesten 98 Jahre alt. 40,9% lebten alleine. Den Ergebnissen der klinischen Diagnostik mit dem MMST zufolge wurde bei ca. je einem Drittel der Patienten eine leichte, mittelgradige bzw. schwere kognitive Beeinträchtigung festgestellt. Die Auswertung des sozialpsychiatrischen Eingangsassessments ergibt besonders hohe Beeinträchtigungswerte und daraus sich ableitenden Behandlungs- und Betreuungsbedarf hinsichtlich der sozio-strukturellen Faktoren (z. B. Selbständigkeit, Wohnen, Tagesstruktur, soziale Kontakte) und der psychologisch-geistigen Faktoren (Orientierung, Realitätsbezug, Affektivität, Krankheitseinsicht etc.). Mehr als die Hälfte der Patienten leidet zusätzlich unter somatischen Erkrankungen.

Bei 59,5% der Patienten wurde durch die integrierte Demenzversorgung dauerhaft eine Versorgung zuhause sichergestellt. Nach der Einschreibung in das Projekt machten die IDOB-Case Manager durchschnittlich fünf Hausbesuche, dazu addieren sich durchschnittlich 12 sonstige und 14 marginale Kontakte. Diese Dichte an persönlichen Kontakten ist wesentliches Qualitätsmerkmal von IDOB und

trägt nachweislich zu einer Stabilisierung der Versorgung bei. In der Hälfte der Haushalte gab es pflegende Angehörige, die von einer deutlichen Verbesserung ihrer Lebensqualität durch die Unterstützung von IDOB berichten.

Die Stärke der Konzeption und die gute Umsetzbarkeit führen auch die insgesamt 90 Interviews mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Kooperationspartnern eindringlich vor Augen. „Also, da ist man in guten Händen!“ Sofern sie sich im Interview äußern konnten, wurde seitens der Betroffenen IDOB als sehr hilfreich und wertschätzend empfunden. „Der [IDOB-Mitarbeiter] war der erste Mensch, der mir da wirklich geholfen hat!“ Angehörige erfuhren durch IDOB eine deutliche Entlastung. Kontinuität, Hilfsbereitschaft und Bedürfnisorientierung sind die am häufigsten genannten Aspekte zur Versorgung in IDOB. „Für mich gehört IDOB in eine Regelfinanzierung!“ Aus Sicht der Kooperationspartner im Versorgungsverbund sicherte IDOB die Koordination und Kommunikation im Netzwerk, war zentraler Ansprechpartner, übernahm anwaltschaftliche und beratende Funktion für Anbieter und Patienten und stellte so eine qualitativ hochwertige Versorgung sicher.

Die Stärke der Konzeption und die gute Umsetzbarkeit führen auch die insgesamt 90 Interviews mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Kooperationspartnern eindringlich vor Augen.

Wenn aus Leuchttürmen Luftschlösser werden …

Die Zukunft nach der Modellphase

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern inhaltlich und strukturell tatsächlich einen ‚Leuchtturm‘ für den Aufbau und die Weiterentwicklung regionaler, wohnortnaher und extramuraler Versorgungsstrukturen darstellt. Mit einem geschätzten Finanzbedarf von durchschnittlich 1 200 Euro pro Jahr pro Patient/-in ist auch der Finanzrahmen überschaubar. Jedoch werden die hierfür notwendigen Versorgungsleistungen nicht bzw. nur unzureichend in den gängigen Finanzierungssystematiken der Kranken- und Pflegekassen abgebildet, weshalb die Anschlussfinanzierung bislang nicht gesichert ist.

Viele Modellprojekte haben ‚Leuchtturmcharakter‘ – und verlieren nach Abschluss der Förderphase ihre Strahlkraft, weil entweder keine Regelfinanzierung angedacht ist oder mögliche Zuständigkeiten im Spannungsfeld von Partikularinteressen zerrieben werden. Deshalb bleibt zum jetzigen Zeitpunkt nur der eindringliche Appell an die Verantwortlichen, die Evaluationsergebnisse aufzugreifen und ernsthaft an einer Verstetigung zu arbeiten.

Im Falle einer Demenzerkrankung geht es um komplexe und schwierige Problemlagen und deren Bearbeitung in der Lebenswelt der Menschen. Das große Problem bei Demenz ist die Prozesshaftigkeit des Geschehens. Mit der Einweisung in eine Klinik und der gelungenen Stabilisierung der Situation ist noch nichts gewonnen. Die Krankheitsverläufe sind sehr individuell und unvorhersehbar, oftmals muss schnell reagiert werden – und es werden Grenzen sichtbar: Schon allein aufgrund der epidemiologischen Entwicklung kann die Versorgung Demenzkranker in Deutschland auch in Zukunft nicht ausschließlich stationär erfolgen.

Das ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ IDOB ist eine konkrete Best-practice-Lösung und damit zukunftsweisend für eine der größten gesundheitspolitischen Versorgungsfragen unserer Zeit. Wobei sich eines ganz deutlich zeigt: Integrierte Demenzversorgung muss sektoren- und säulenübergreifend stattfinden; dementsprechend müssen (integrierte) Versorgungsverträge SGB V- und SGB XI-Leistungen vorsehen und darüber hinaus die kommunale Ebene berücksichtigen (SGB XII). Eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen würde darüber hinaus bedeuten, komplementäre Leistungen beispielsweise der Sozialen Arbeit wesentlich konsequenter als bisher in die Vergütungsstruktur interdisziplinärer Versorgungsarrangements mit einzubeziehen und damit mehr Planungssicherheit für alle Beteiligten zu schaffen.
IDOB schärft den Blick für die Notwendigkeiten komplexer Versorgungsgestaltung, die im Falle schwieriger Indikationen (wie bei Demenz) mehrere Sektoren überspannt und eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung notwendig macht. Es bietet sich an diesem Punkt die konkrete Gelegenheit, validierte neue Versorgungsansätze zu übertragen und auf regionaler Ebene flächendeckend strukturell zu verankern.

Literatur

Schäfer-Walkmann, S./ Deterding, D. (2010). Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern. Endbericht zu einem ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ des BMG. Stuttgart: IfaS.

Schäfer-Walkmann, S. (2009). Soziale Arbeit in Integrierten Versorgungsverbünden. In: Mühlum, A./Rieger, G. (Hg.): Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Wolf Rainer Wendt. Lage; S. 295-305.

Schäfer-Walkmann, S./ Deterding, D. (2009). Demenzversorgung integriert gestalten – Impulse aus einem ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘. In: Forum 4; S. 25-28.

Kontakt

Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann,
Duale Hochschule Baden-Württemberg
Stuttgart, Herdweg 29/31, 70174 Stuttgart,
Telefon 0711 1849 755
Email:
schaefer-walkmann@dhbw-stuttgart.de

In eigener Sache

Auch wenn wir intern sehr kostenbewusst arbeiten, können wir Erhöhungen, die von außen auf uns zu kommen, das sind insbesondere die Kosten für Energie, Rohstoff und Transport, nur in begrenztem Rahmen auffangen. Deswegen müssen wir Teile davon von Zeit zu Zeit über den Preis weitergeben. Aus diesem Grunde hat sich der Abonnementpreis zum 1. Januar 2011 auf 26 Euro pro Jahr inklusive Versandkosten verändert. Der Preis für ein Einzelheft beträgt 7 Euro.

Wir freuen uns sehr, dass es uns trotz gestiegener Kosten gelungen ist, der Kerbe ein neues, lesefreundlicheres Aussehen zu geben, und wünschen Ihnen weiterhin eine gewinnbringende und interessante Lektüre.

Der Verlag

Hannoveraner Thesen

Bei der kommunalen Daseinfürsorge für psychisch erkrankte Menschen sind Sozialpsychiatrische Dienste unverzichtbar!

In jeder Region, in jeder Stadt und in jedem Landkreis leben Menschen, die sich trotz eindeutigem Hilfebedarf aufgrund ihrer psychischen Erkrankung eigenständig keine Hilfe holen, diese nicht einfordern oder in Anspruch nehmen können. Wenn wir diese Menschen in ihrer Not allein lassen, erhöht sich das Risiko einer Verschlimmerung und Chronifizierung der Erkrankung. Angehörige sind konfrontiert mit der Frage, wie sie sich ihrem psychisch erkrankten Familienmitglied gegenüber verhalten sollen.

Viele Betroffene leben in desolaten und menschenunwürdigen Lebensverhältnissen ohne soziale Absicherung und Bindung. Manche zeigen ein herausforderndes oder bedrohliches Verhalten. Die Ordnungsbehörden und die Polizei fühlen sich in krisenhaft zugespitzten Situationen und im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen häufig überfordert. Psychosoziale Beratungsdienste und Einrichtungen für psychisch erkrankte Menschen haben keine öffentlich-rechtlichen Befugnisse und können in solchen Situationen oft nichts ausrichten.

Hilfen und Unterstützung in Krisensituationen, in Situationen wo alle Hilfen im Vorfeld ausgereizt sind, stellen die Kernkompetenz der Sozialpsychiatrischen Dienste dar. Beratung und rechtlich legitimierte Zwangsmaßnahmen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder sind im Bedarfsfalle durch den Sozialpsychiatrischen Dienst als dessen Leistungsangebot gesichert. Kontaktaufnahme und niedrigschwellige Angebote durch den Sozialpsychiatrischen Dienst sind nicht selten die einzige Verbindung der Betroffenen zur Gesellschaft und können im Verlauf der Begleitung eine minimale existentielle und soziale Absicherung anbahnen.

Sozialpsychiatrische Dienste gewährleisten ein breites Leistungsspektrum, vom sofortigen Einsatz in akuten Notfällen bis hin zu Schulungen und kollegialen Beratungen zu Problemlagen und Verhalten psychisch erkrankter Menschen.

Wir wollen uns mit dieser Tagung unserer professionellen und bürgerschaftlichen Verantwortung vergewissern und zugleich ein Signal senden an die politisch verantwortlichen Kräfte in Ländern, Kreisen und Städten. In den meisten Gebietskörperschaften ist die Finanzlage angespannt. Das führt an vielen Orten auch zu einer Reduzierung von Personal in den Sozialpsychiatrischen Diensten.

Manchmal wird sogar der Sinn und Zweck dieser Dienste in Frage gestellt. Wir halten dagegen:
Sozialpsychiatrische Dienste

- bieten jedem Bürger unkompliziert Beratung und Hilfe bezüglich psychischer Erkrankungen,
- beraten im sozialen Umfeld Hilfesuchende, Angehörige, Nachbarn und auch Institutionen;
- werden kompetent tätig, wenn sich Konfliktsituationen anbahnen und stellen Kontakte zu weiterführenden Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen her,
- sorgen für Kontakte, wenn die Nachsorge nicht sichergestellt ist;
- machen Hausbesuche und klären Hilfen vor Ort;
- knüpfen die notwendigen Hilfen im Einzelfall;
- stellen die koordinierte Vernetzung sozialer, psychosozialer und psychiatrisch-medizinischer Dienstleistungen in der Region sicher.

Sozialpsychiatrische Dienste sind als zentraler Punkt im Netz der psychiatrischen Versorgungsstrukturen mit ihrer Schnittstellenfunktion als Institutionen der kommunalen Daseinsvorsorge unverzichtbar. In der Existenz der Sozialpsychiatrischen Dienste drückt sich die Sorge der Kommune um ihre Mitbürger mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen und deren Angehörige aus. Der Umgang mit den schwächsten und hilfebedürftigsten Bürgern in der Kommune ist Maßstab einer humanen Gesellschaft.

Die Hannoveraner Thesen sind anlässlich der Fachtagung „Segel setzen!“ zur Zukunft der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland entstanden, die vom 8.bis 10.Juli 2010 an der Medizinischen Hochschule Hannover stattfand.

„und sie bewegt sich doch...“

Die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie ist 40 Jahre alt

„Und sie bewegt sich doch...“ titelte Thomas Bock seinen Rückblick auf 40 Jahre sozialpsychiatrische Bewegung. Umrahmt von den Portraits aller Kaiser des Heiligen Römischen Reichs Deutscher Nation erlebte die Festversammlung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie einen farbigen Bilderbogen, in denen kritische Anmerkungen über mangelnde Fortschritte in Politik und Praxis der psychiatrischen Versorgung ebenso wenig fehlten, wie Hoffnung spendende Lichtblicke engagierter Bemühungen um eine menschenwürdige Psychiatrie. Doch diese müsse täglich neu erstritten werden.

Statt des reduktionistischen, vor allem um psychopathologische Objektivierungen bemühten Tunnelblicks fordert der Professor an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Hamburg ein an-

thropologisches Verständnis gegenüber psychotischen Menschen in ihrem Ringen um Sinn und Selbstverständnis. Manches ist schief gelaufen in den letzten 40 Jahren sozialpsychiatrischen Engagements. Das Psychotherapeutengesetz habe, wie seinerzeit von der DGSP befürchtet, keine Hilfe für die am schwersten Erkrankten erbracht. An die Stelle von Bettensälen seien Akutstationen entstanden, die den Menschen in einer schweren Krisensituation keinen Rückzug ermöglichen, sie stattdessen mit der beziehungslosen Hast des täglichen Zu- und Abgangs immer neuer Patienten zusätzlich belasten. Vor „unzulässigen Vereinfachungen" in Theorie und Praxis warnte er, welche die Komplexität menschlichen Erlebens und Verhaltens ignorierten. Als Beispiele nannte er schlagwortartige Formeln über Erblichkeit und Hirnstoffwechsel, über krankmachende Familienatmosphären und Rückfallverhütung um jeden Preis – und sei es um den, das Leben und Erleben ganz zu vermeiden.

Was immer psychopathologisch verfremdet objektiviert werde, solle in einem anthropologischen Verständnisansatz umgesetzt werden: Eine Psychose als Traum ohne Schlaf, als Rückgriff auf kindliche Wahrnehmung oder als Eigensinn bis zum Verlust eigener Grenzen... „Es gehört zu unseren Möglichkeiten, an uns zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei auch zu verlieren ... Wer darüber psychotisch wird, ist also kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich".

Thomas Bock ging aber auch auf die Notwendigkeit ein, die psychiatriepolitische Sicht nicht zu vernachlässigen. Er kritisierte die Finanzierungsstruktur mit ihren trennenden Schranken zwischen ambulanten und stationären Sektor und zwischen Krankenhilfe und sozialen Hilfen und hob Fortschritte in der Finanzierung der psychiatrischen Kliniken hervor wie auch die Chancen, die sich aus der Integrierten Versorgung ergeben. Die Barrieren zwischen stationären und ambulanten Hilfen könnten flexibler werden, die gemeindepsychiatrische Kooperation werde erleichtert, Hometreatment und Krisenbetten werden leichter möglich. „Integrierte Versorgung bedeutet eine große Chance - für Patienten, Angehörige und Behandler. Doch die Integration darf sich nicht auf formale Strukturen und Finanzierungswege beschränken, sondern muss sich auch auf Inhalte, Verstehensmodelle und die Behandlungskultur beziehen. Als die vielleicht bedeutendste Entwicklung der letzten Jahre sieht Bock die trialogische Arbeitsweise an. Trialog, der ebenso im Seminar wie auf verbandlicher Ebene notwendig sei, charakterisiert er als Begegnung auf Augenhöhe (Psychiatrieerfahrene als Experten), als wechselseitige Fortbildung, Abbau wechselseitiger Vorurteile und Austausch subjektiver Perspektiven, die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache bzw. – Habermas zitierend – als „herrschaftsfreien Diskurs". Hier nannte er die Hamburger Bürgerinitiative „Irre menschlich" (www.IrreMenschlich.de) und das „Experienced Involvement", in dessen Rahmen Peers die Psychiatrie auf ihre Weise nachhaltig verändern: Als Genesungsbegleiter, in Beschwerdestellen und als Beratern in der psychiatrischen Versorgung und in Schulen.

Sie bewegt sich also doch... die Psychiatrie, bei Thomas Bock klang das jedenfalls ermutigend und als Aufruf, täglich neu darum zu streiten.

Wolf Crefeld

Literatur: Thomas Bock, Umgang mit psychotischen Menschen, 7. Auflage 2010, Psychiatrie-Verlag, 14,95 Euro.

„Resilienz: Innere Stärke – geheimnisvoll und grenzenlos?"

16. Forum Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn. 8. bis 9. November 2011 in Paderborn

Die Tagung wird von der LWL-Klinik Paderborn gemeinsam mit dem Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Paderborn veranstaltet, unter der Verantwortung von Dr. Bernward Vieten.

Weitere Informationen erhalten Sie über:
Christine Kobusch,
Agathastraße 1, 33098 Paderborn,
Telefon: 05251/295-339/-102,
Fax: 05251/295-100,
Email:
christine.kobusch@wkp-lwl.org.

„Die Sprachen der Seele verstehen – Spiritualität und Psychiatrie"

Psychiatrie-Jahrestagung des Bundesverbands evangelische Behindertenhilfe in Zusammenarbeit mit dem Diakonischen Werk der EKD
4. bis 5. Mai 2011 in Erkner bei Berlin

Lange Zeit führte das Thema Religiosität oder Spiritualität ein Schattendasein in der Psychiatrie beziehungsweise wurden vor allem die psychopathologischen Aspekte bestimmter religiöser Einstellungen betont. Erst langsam zeichnet sich eine Wende ab: Neue internationale Forschungen sehen in der Spiritualität eine potentielle Gesundheitsressource, die beispielsweise zu einer höheren psychischen Gesundheit, mehr Lebenszufriedenheit und einem längeren Leben führen kann.

Wie können wir Menschen in großer seelischer Not den Erfahrungsschatz von Religion und Spiritualität für die Bewältigung individuellen Leidens zur Verfügung stellen und welche spirituellen Rituale helfen möglicherweise in Grenzsituationen? Wie gehen wir mit subjektiven Wahrnehmungen und Erlebniswelten – auch in psychotischen Phasen – um, ohne sie vorschnell zu pathologisieren?

Wo und wie schaffen wir (Sprach-) Räume für spirituelles Erleben, das für Dritte oft nicht nachvollziehbar ist und Erschrecken und Befremden auslösen kann? Was können Seelsorgerinnen und Seelsorger und Psychiater und Psychotherapeutinnen im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen von- und miteinander lernen? Und was können wir alle von Menschen in seelischen und spirituellen Krisen lernen?

Weitere Informationen erhalten Sie über:
Katrin Leniger, Geschäftsstelle Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Altensteinstr. 51, 14195 Berlin, Telefon: 030/83001271, Fax: 030/83001275, Email: leniger@beb-ev.de.
Anmeldung bis 31. März 2011.

FORTBILDUNGEN 2011

Bundesfachakademie Bufa / GFO Region Nord

Empowermentorientierter Umgang mit Psychopharmaka
• 10.–11.3.2011, Berlin

„Keine Lust auf Arbeit? Faul?"
Motivation und psychische Erkrankung, Herausforderungen im Arbeitsalltag der Fachkräfte in WfbM
• 14.–16.3.2011, Steinfurt

Ethikberatung in der Behindertenhilfe
Grundlagen und Praxis für eine gelingende, ethische Entscheidungskompetenz in der Behindertenhilfe
• 8.–31.3.2011, Steinfurt

Psychische Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung
Ein praxisorientiertes Angebot zum Thema „Doppeldiagnose"
• 4.–6.4.2011, Steinfurt

Neue Zielgruppen bringen neue Herausforderungen für die WfbM
Dreiteilige Fortbildung zur Angebots- und Konzeptentwicklung der WfbM für sogenannte „Systemsprenger"
• 7.–08.4.2011 (Teil 1), Steinfurt
• 4.–05.10.2011 (Teil 2), Steinfurt
• 12.–13.12.2011 (Teil 3), Steinfurt

Psychose und Sucht
double trouble. Suchttherapeutische, sozialpsychiatrische Zugänge und Handlungsgansätze
• 7.– 8.4.2011, Fulda

Überzeugen muss kein Kraftakt sein
Einsatz von Körper, Stimme und Sprache beim Verhandeln und Präsentieren
• 11.–13.4.2011, Steinfurt

Mit einem Bein im Gefängnis?
14.–15.4.2011, Münster

Schwierige Klienten verstehen – leicht gemacht
Zusammenarbeit mit Menschen mit schwieriger Persönlichkeit
• 12.–13.5.2011, Leinfelden-Echterdingen

Trauma. Sensibilität und Handlungskompetenz in der Sozialpsychiatrie
• 19.–20.5.2011, Leinfelden-Echterdingen

Basisschulung „Pflege"
Ein Angebot für Betreuungskräfte in den Arbeitsfeldern der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie
• 23.–24.5.2011, Münster

„Alles auf einmal!" – Kommunikationszentrale: Sekretariat
Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Verwaltung, in Sekretariaten etc.
• 6.–9.6.2011, Steinfurt

Motivierende Gesprächsführung in der sozialen Arbeit mit Personen in schwierigen persönlichen und sozialen Situationen
• 6.–7.6.2011, Fulda

Stressbewältigungstraining für psych. kranke Menschen (SBT)
Ein Gruppentrainingsprogramm zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation
• 28.6.2011 Leinfelden-Echterdingen

Information und Anmeldung für Angebote der Bufa Region Nord:

Veranstaltungsorganisation der Akademien
Heinrich-Mann-Str. 29, 13156 Berlin
Telefon: 030 – 488 37 488
Fax: 030 – 488 37 300
Email: info@bundesakademie-kd.de
www.bundesakademie-kd.de

Sie können sich auch online anmelden oder das Anmeldeformular herunterladen unter:
www.bundesakademie-kd.de

Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH Bundesfachakademie Bufa/GFO Region Süd

Selbsthilfe durch Naturheilkundliche Behandlungsmethoden
Im Alltag, bei Freizeiten und auf Reisen für Interessierte und Multiplikatoren
•16.–18.3.2011, Hösbach

„Ich sehe (k)ein Land (!) ..."
Effektives Selbstmanagement als Voraussetzung für persönliche Zufriedenheit
• 11.–14.4.2011, Hösbach

Doppeldiagnose – geistig behindert und psychisch krank
• 4.–6.5.2011, Hösbach

Der Wald als Raum für Kreativität, pädagogische und therapeutische Möglichkeiten
• 9.–10.5.2011, Löwenstein

Menschen stärken – Ressourcen fördern – Sozialraumorientierung in der Sozialen Arbeit
• 11.–13.5.2011, Hösbach

Verhaltensauffälligkeiten als Traumatisierung verstehen
• 12.–13.5.2011, Leinfelden-Echterdingen

Bewegen und bewegt werden
Führungskräfte pilgern auf dem Jakobsweg
• 16.–20.5.2011, Nürnberg

Immer ruhig und gelassen
Das Sekretariat als Informationszentrale des Unternehmens
• 17.–18.5.2011, Pforzheim

Ein Team führen – Teams entwickeln im Bereich der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie
• 18.–20.5.2011, Rothenburg o.d.T.

SHIATSU –
Heilsame Berührung – Aktivierung – Ausgleich – Entspannung
• (1) 24.–27.5.2011, Gerolfingen
• (2) 27.–30.9.2011, Gerolfingen

Arbeitszeit ist Lebenszeit
Balance zwischen Engagement und Abgrenzung, Selbstregulierung und Psychohygiene
• 6.–10.6.2011, Rothenburg o.d.T.

Gesund und leistungsfähig im Beruf
• 6.–8.7.2011, Rothenburg o.d.T.

Informationen und Anmeldung zu Veranstaltungen der Region Süd:
Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH
Bundesfachakademie Bufa/GFO Region Süd Sudetenweg 92
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 07 91/50 02 82
Fax 07 91/50 03 00
Email: moser@bufa-gfo.de
Internet: www.bufa-gfo.de
www.bundesakademie-kd.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie DGSP

Die Borderline-Störung
Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Betroffenen
- 25./26. Februar 2011 in Erfurt

Neuere Entwicklungen in der Psychosentheorie
- 10./11./12. März 2011 in Bremen

Psychose und Sucht
- 11./12. März 2011 in Hamburg

»Hand an sich legen«
Umgang mit Suizidalität
- 14./15. März 2011 in Hannover

Die Kunst der beruflichen Beratung psychisch erkrankter Menschen
18. März 2011 in Köln

Der sich und andere niederschlagende Mensch
Umgang mit Depressionen
- 25./26. März 2011 in Hamburg

»So kann man doch nicht leben!?«
Vermüllt und verwahrlost – was tun?
- 25./26. März 2011 in Würzburg

Vom Verwickeln und/zum Entwickeln
- 1./2. April 2011 in Frankfurt a. M.

Die Wahrheit hat viele Seiten
Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie – eine Einführung
- 1./2. April 2011 in Hannover

»Lieber Lösungen finden als Probleme suchen«
Lösungsorientierte Gesprächsführung
Zweistufiges Seminar
- (1) 8./9. April 2011 in Berlin (Erkner)
- (2) 17./18. Juni 2011 in Berlin (Erkner)

Stolperfalle Führung: leiten statt leiden!
Zweistufiges Seminar
- (1) 8./9. April 2011 in Stuttgart
- (2) 9./10. Sept. 2011 in Stuttgart

Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz
- 8./9. April 2011 in Köln

»Wanderer zwischen den Welten«
Migration und Psychiatrie –ein Überblick
- 15./16. April 2011 in Weimar

Von der psychiatrischen Klinik zum Behandlungszentrum im Gemeindepsychiatrischen Verbund
Konzeptentwicklung und Schritte zur Umsetzung. Zweistufiges Seminar

- (1) 15./16. April 2011 in Bremen
- (2) Auswertung und Weiterentwicklung: 17./18. Juni 2011 in Bremen

Stimmen verstehen
Praktische Anleitung zum Umgang mit dem Stimmenhören
- 15./16. April 2011 in Fulda

Informationen über die Veranstaltungen finden Sie im Internet unter: www.psychiatrie.de.
Das ausführliche Programmheft ist erhältlich bei der DGSP-Geschäftsstelle, Zeltinger Str. 9
50969 Köln, Tel.: (02 21) 51 10 02
Fax: (02 21) 52 99 03
Email: dgsp@netcologne.de

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung

Umgang mit Menschen mit aggressiven, depressiven, zwanghaften und ängstlichen Störungsbildern
- 17. – 18. März 2011 in Erlangen

Folgen von Schädelhirntraumen
Verläufe, Behandlungsoptionen und Umgangsregeln
- 1. April 2011 in Erlangen

Inklusive Lebensräume
Wohnprojekte für Menschen mit und ohne Assistenzbedarf im Kontext sozialräumlicher Quartiersentwicklung.
- 2. – 3. Mai 2011 in Erlangen

„Stimmig" Auftreten
Wirkungsvoller Einsatz von Stimme und Körpersprache in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung
- 11. – 12. Mai 2011 in Erlangen

Informationen über die Veranstaltungen:
Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung. Landesverband Bayern e.V. Fortbildungsinstitut
Kitzinger Str. 6, 91056 Erlangen
Tel.: 09131/75461-0; Fax: 09131/75461-90
Email: fortbildung@lebenshilfe-bayern.de
Internet: www.lebenshilfe-bayern.de

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Postfach 330220, 14172 Berlin,
Email: kerbe@beb-ev.de,
Internet: www.kerbe.info:

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg;
Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund; Johannes P. Petersen, Rendsburg; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart;
Dr. Kathrin Ratzke, Berlin; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Dr. Michael Swiridoff, Altenburg; Cornelie Class-Hähnel (Redaktionsassistenz), Stuttgart.

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH,
Augustenstr. 124, 70197 Stuttgart,
Telefon (07 11) 6 01 00-0,
Adressenänderungen bitte an:
vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte
26 Euro (einschließlich Versandkosten),
ISSN 0724-5165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd,
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart,
Tel. (0711) 60100-41, Fax -76.
Email: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www. anzeigengemeinschaft. de. Es gilt die Preisliste Nr. 24 vom 1. Januar 2007.

Layout:
Atelier Reichert, Stuttgart

Druck:
Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB