

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

FLÜCHTLINGS-HILFE

aus Sicht der transkulturellen Psychiatrie

Die transkulturelle Psychiatrie war bis vor kurzem eine den meisten unbekannteste Spezial-Disziplin der Psychiatrie. Inzwischen interessiert man sich verstärkt für sie, aus naheliegenden Gründen. Was also spielt beim so genannten kultur- und situations-übergreifenden Migrations-Prozess eine Rolle? Welche Bewältigungs-Phasen sollte man kennen, vor allem was drohende Kultur-, Migrations- und Integrations-Konflikte anbelangt? Was braucht es für eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung bei Generations- und Rollen-Konflikten, Verlust- und Entwurzelungs-Gefühlen, Identitätskrisen, Trennungs-ängsten, kräftezehrenden Durchsetzungs-Nöten, bei drohender Vereinsamung und unzureichenden sprachlichen Kontakt-Möglichkeiten? Wie steht es dabei um Gesundheit von Älteren, Kindern und Jugendlichen? Auf was muss man vor allem in sprachlicher Hinsicht achten, um nicht noch zusätzliche Verständigungs-Probleme aufzuwerfen? Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Flüchtlinge – Migration – transkulturelle Psychiatrie – ethnische Probleme – Herkunftskultur – Aufnahme-Kultur – Akkulturation – soziokulturelle Probleme – Verhaltensnormen – seelische Verwundung – posttraumatische Belastungsstörung – Diskriminierungs-Gefahr – Integrations-Problem – Isolierungs-Gefahr – Diskriminierungs-Gefühle – Verfolgung – Flucht – Re-Migration – Spätaussiedler – Zuwanderung – Asylbewerber – Konventions-Flüchtlinge – Bürgerkriegs-Flüchtlinge – „Gastarbeiter“ – Kriegs-Flüchtlinge – illegale Zuwanderer – politisch Verfolgte – Arbeits-Migranten – Anpassungs-Phasen – kulturelle Obdachlosigkeit – Säkularisierungs-Probleme – Emanzipierungs-Probleme – Religions-Unterschiede – Generations-Konflikte – Rollenkonflikte – Verlust-Gefühle – Entwurzelungs-Gefühle – Identitäts-Krisen – Trennungs-ängste – Vereinsamung – Kultur-Sensitivität – Kultur-Kompetenz – multikultu-

relle Behandler-Teams – Sprach-Kompetenz – Kultur-Mediatoren – Telefon-Dolmetscher – Erst-Untersuchung von Flüchtlingen – Zweit-Sprache – psychologische Betreuung von Asylanten – psychiatrische Betreuung von Asylanten – Interview-Hilfen bei Asylanten – Explorations-Unterstützung bei Asylanten – Dolmetscher bei Asylanten – u. a. m.

Rund eine Million Flüchtlinge musste allein im Jahre 2015 in Deutschland versorgt werden. Das ist eine gigantische logistische Aufgabe. Sie steht undiskutabel an erster Stelle. Nach und nach werden aber auch die seelischen Trauma-Folgen zur Diskussion stehen, konkret: eine diagnostische und therapeutische (Langzeit-)Aufgabe. Und dies für eine unvertraute Mentalität in sprach- und kultur-fremder Umgebung.

Hier muss man dazu lernen, möglichst rasch, gezielt, fundiert. Dabei kann man aber auch auf die Erkenntnisse der *transkulturellen Psychiatrie* zurückgreifen, die vor allem in Deutschland eine lange Tradition hat und damit wertvolle Hinweise zu liefern vermag. Dafür steht eine reiche Fachliteratur zur Verfügung, in komprimierter und praxis-naher Form aber auch die entsprechenden Kapitel moderner deutschsprachiger Lehrbücher wie z. B. M. Berger (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie* (Verlag Urban & Fischer, München 2015 mit Online-Plattform).

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht zu diesem Thema aus dem 34. Kapitel dieses Lehrbuchs über transkulturelle Psychiatrie und die Behandlung von Flüchtlingen mit entsprechenden Beeinträchtigungen, Störungen, langzeit-riskanten Erkrankungen. Im Einzelnen:

Transkulturelle Psychiatrie

Die transkulturelle Psychiatrie kann in Deutschland auf eine über 100-jährige Geschichte zurückblicken, d. h. entsprechende Probleme gab es seit jeher, und nicht nur beispielsweise in „Übersee“. Denn ethnische Fragestellungen galt es schon immer zu berücksichtigen, wenn Stämme, Gruppen, Nationen oder Völker mit ihrem jeweiligen kulturellen Erbe (Sprache, Religion und Sitten) und ihrer nationalen und/oder politischen Identität miteinander auskommen mussten. Und deshalb ist auch das Verständnis psychischer Erkrankungen an das Verständnis kultur- und ethniespezifischer Gegebenheiten gebunden.

Die transkulturelle Psychiatrie, die sich mit den kulturellen Aspekten der Ätiologie (Ursachen), mit Häufigkeit und Art psychischer Erkrankungen und ihrer Behandlung innerhalb gegebener kulturellen Gruppen befasst, hat also bei uns eine solide Ausgangsbasis, auch wenn sich damit nur wenige beschäftigt haben – bisher. Denn das wird, das muss sich ändern. Und auch der Kernpunkt des Interesses. Denn während man sich früher vergleichenden Perspektiven

in verschiedenen (aber dann doch weit entfernten) Kulturen widmete, geht es heute um die Förderung der seelischen Gesundheit von Migranten. Und zwar mit den besonderen Fragen:

Welche psychischen Erkrankungen treten bei Migranten in Aufnahme-Kulturen auf und mit welcher Häufigkeit? Welche Auswirkung hat der Akkulturations-Prozess auf die kulturelle Identitäts-Entwicklung (und deren mögliches Scheitern)? Und schließlich: Welche Behandlungsformen des Aufnahme-Landes erweisen sich bei Migranten mit psychischen Störungen unterschiedlicher Herkunftsländer überhaupt als wirksam?

Die Antwort, unbefriedigend aber zutreffend: Wir sind nur ungenügend vorbereitet, falls überhaupt. Was also ist zu tun bzw. was empfehlen die Leitlinien zur Beurteilung von psychischen Störungen aus kultureller Sicht? Im Einzelnen:

Kultureller Bezugsrahmen: Bei der Diagnose geht es um das Erkennen und Bewerten psychopathologischer (seelisch krankhafter) Verhaltensweisen und Symptome (Krankheitszeichen). Das aber bedarf einer guten Vertrautheit mit den Einzelheiten des kulturellen Bezugsrahmens, d. h. soziokulturelle Aspekte, Glaubens-Überzeugungen, Rituale, Verhaltensnormen und Erfahrungsbereiche. Hier helfen die Klassifikationssysteme ICD-10 (Neuaufgabe in Aussicht) und DSM-5[®] mit ihren Klassifikationen kulturabhängiger Syndrome (zusammengehöriger Symptom-Konstellationen) weiter, obgleich noch reichlich Forschungs- und Erklärungsbedarf besteht. Mehr denn je.

Bei der **biographischen Anamnese (Vorgeschichte)**, geht es vor allem um die Zugehörigkeit zu ethnischen Minoritäten in Kindheit und Jugend. Und hier beginnen bereits die ersten Probleme in Richtung Traumata (seelische Verwundungen), Trennungs- und Verlust-Erlebnisse bei Migranten und insbesondere die Phase der kritischen Anpassung (aktueller Migrationsprozess, erreichter Anpassungs-Status, Anpassungs-Dynamik, Grad der Akkulturation und Integration oder Isolierung, Diskriminierungs-Gefühle, Verfolgungs- und Flucht-Gedanken sowie Re-Migrationsabsichten u. a.). Und natürlich das, was jeden Einzelnen auch sonst umtreibt: Zufriedenheit mit dem Leben in der Aufnahmekultur, Lebensqualität, Zukunfts-Erwartungen usw.

Hier hilft inzwischen die neueste Auflage des erwähnten Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen - DSM-5[®] der US-amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung - APA (und sicher auch die Neuaufgabe der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen - ICD der Weltgesundheitsorganisation - WHO) mit konkreten Beschreibungen, kulturellen Definitionen, Wahrnehmungen, Erklärungen und Erkrankungen, ergänzt durch die Rolle der kulturellen Identität, möglicher Stressoren und ggf. Ressourcen. Und dann natürlich die Bewältigungs-Strategien, vergangenes und aktuelles Hilfesuch-Verhalten, subjektiv empfundene Zugangs-Barrieren u.a.m. Ganz zu

schweigen von kulturellen Aspekten in der Beziehung zwischen Untersucher und Migrant.

Zur psychosozialen Gesundheit von Migranten

Wie steht es nun um jene Personen, die ihren Lebensmittelpunkt räumlich in ein anderes Land verlegten, und zwar unter eher problemlosen Bedingungen (so genannte EU-Binnen-Migration von Unionsbürgern) oder schon nicht mehr so problemlos (Spätaussiedler-Zuwanderung) bis zu den Asylbewerbern und Konventions-Flüchtlingen durch (Bürger-)Kriege?

Das beschäftigte die Psychiatrie schon vor mehr als vier Jahrzehnten. Damals ging es um die psychische Morbidität (Krankheitsanfälligkeit) von „Gastarbeitern“. Sie waren im Vergleich zu Einheimischen häufig körperlich gesünder, ökonomisch produktiver und in ihrer Ausbildung erfolgreicher, denn sie wollten, sie mussten etwas bewegen. Sozial galten sie als gut angepasst, waren in krimineller Hinsicht nicht auffälliger als die einheimische Bevölkerung und hatten sogar niedrigere Suizidraten als vergleichbare Einheimische. Es gab und gibt allerdings Ausnahmen, die jedoch von sehr spezifischen Blickwinkeln aus betrachtet werden müssen. Hier fallen dann auch Begriffe wie Diskriminierung, eingeschränkte Lebensgestaltung, soziales Gratifikations-Defizit (Anerkennung) u. a. Und natürlich das Zusammenspiel von Umgebungs- und durchaus auch genetisch-biologischen Faktoren im Sinne einer psycho- und sozio-biologischen Komponente. Daraus folgen dann ggf. durchaus bekannte Krankheitsbilder aus dem schizophrenen Formkreis oder sonstige psychotische Störungen (früher „Geisteskrankheiten“ genannt), ferner Sucht-Erkrankungen, Depressionen, Angst- und somatoforme Störungen („psychosomatisch“) usf. Eine einheitliche Aussage lässt sich natürlich bei der Vielschichtigkeit der entsprechenden Populationen mit ihren spezifischen Beeinträchtigungen nicht machen.

Anders liegen die Verhältnisse bei gewaltsam vertriebenen Kriegs-Flüchtlingen, Asyl-Suchenden, politisch Verfolgten und illegalen Zuwanderern, bei denen aufgrund erhöhter Stress-Belastung und Traumatisierung (nochmals: seelischer Verwundung durch entsprechende Erlebnisse) eine höhere psychische Morbidität (Erkrankungs-) Rate angenommen werden muss. Hier beeinträchtigen dann zusätzlich besonders Angst-Erkrankungen, Depressionen und die Posttraumatische Belastungsstörung.

Der Migrations-Prozess

Da spielt dann auch das mit herein, was die Experten einen *Migrations-Prozess* nennen, der allerdings durch eine kultur- und situations-übergreifende Regelmäßigkeit geprägt ist. Das gilt übrigens sowohl für Gewalt-Opfer nach Vertreibung (z. B. Kriegs-Flüchtlinge und politisch Verfolgte) als auch für frei-

willige Zuwanderer (z. B. Arbeits-Migranten). Dabei lassen sich drei Phasen unterscheiden:

Die 1. Phase wird eingeleitet von dem Interesse und schließlich konkreten Wunsch an einer Migration, was aber auch eine konstruktive Bewältigung von Zukunfts- und Ablösungs-Ängsten und gezielte Vorbereitungen vorsieht, alles noch von entsprechenden Hoffnungen und positiven Erwartungen getragen. Da kann sich aber nach einer kurzen Abschieds-Trauer bei der Ankunft im Ziel-Land doch auch ein gewisses Hochgefühl einstellen („Honeymoon“). Das kann Monate dauern und erleichtert vieles.

Dann aber folgt die 2. Phase, eine längere Periode des Ringens um die Existenz-Absicherung (Arbeit und Wohnen) sowie um den Erhalt der Familienkontinuität und der Gewinnung einer neuen bi-kulturellen Identität. So eine Zwischen-Phase nennt man auch eine „kulturelle Obdachlosigkeit“, bei der man – plastisch ausgedrückt – den Unbildern der sozialen Witterung ungeschützt ausgesetzt ist, woraus eine erhöhte Vulnerabilität (Verwundbarkeit) resultieren kann.

Außerdem drohen Kultur-, Migrations- und Integrationskonflikte von allen Seiten, d. h. die anfängliche Euphorie macht einer Ernüchterung Platz. Nun kommt es auch zu (überstarken) Ängsten, zu Frustrationen (vom lat.: frustra = vergeblich) und ggf. aggressivem Durchsetzungs-Verhalten. Und jetzt wird dann auch die Trennung vom Herkunftsland umso stärker, wenn nicht gar schmerzlich realisiert (getrennt von Heimat, Herkunftskultur, vertrauten, aber zurückgelassenen Menschen und Objekten).

Dies ist die Phase der kritischen Integration, in der auch mit psychischen Störungen gerechnet werden muss.

Doch wer es durchhält tritt mehrheitlich in die 3. Phase des migrations-übergreifenden Anpassungsprozesses ein. Hier werden die tradierten und familientypischen Stile, Regeln, Sitten, Werte und Mythen durchaus infrage gestellt, ja sogar verändert. Allerdings erst von der nachfolgenden Generation, geprägt von der Zwei- oder Mehrsprachigkeit, einer sich ggf. lockernden Verbindlichkeit gegenüber der ursprünglichen religiösen Zugehörigkeit sowie durch Säkularisierungs- und Emanzipierungs-Aspekte, die dann auch nach außen auffallen (z. B. Religiosität, Partnerwahl, Bekleidungsstil usw.). Das sind dann die Themen des folgenden Generations-Konfliktes, konkret: notwendige Auseinandersetzungen, um die Anpassungs-Prozesse in Migranten-Familien zu bahnen und um dem erforderlichen Adaptions- und Akkulturations-Prozess schließlich gerecht zu werden, wie es die Experten ausdrücken. Was das für seelische, körperliche, ja wirtschaftliche und sonstigen Folgen im Alltag haben kann, wird dann – je nach Schwerpunkt – auch den Lehrern, Arbeitgebern, Ärzten, Psychologen, den entsprechenden Behörden u. a. deutlich.

Hier spielen die jeweilige Vorgeschichte, fachlich ausgedrückt die prä-migratorischen Ereignisse bzw. Zwänge eine nicht unerhebliche Rolle. Denn es ist ein Unterschied, ob man sich aus halbwegs normalen Bedingungen heraus in ein anderes Land begibt oder auf der Flucht ist mit ungesicherten aufenthaltsrechtlichen Verhältnissen nach Einreise. Hier ist dann auch mit zwei unterschiedlichen Verläufen zu rechnen, eine für freiwillige und eine für nicht-freiwillige bzw. erzwungene Migration. Zwar äußert sich das mit den gleichen Integrations-Verläufen, doch mit einem Unterschied: Bei freiwilligem Landeswechsel wird die seelische Not erst in der kritischen Anpassungs-Phase deutlich. Bei nicht-freiwilligem Wechsel werden psychische Erkrankungen bereits gehäuft bei der Einreise manifest. Letzteres dürfte für die jetzige Asylanten-Situation wohl eher zu finden und zu bewältigen sein.

Zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten

Die Schlussfolgerung des bisher gesagten lautet: Eine Migration droht mit vielfältigen Problemen. Das beginnt mit einer unsicheren Wohn- und Arbeitssituation und damit häufigem sozialem und beruflichem Abstieg und geht über vielfältige Diskriminierungs-Erfahrungen bis zu Gewalt-Androhungen. Zudem kommt es zwangsläufig zur Auflösung traditioneller familiärer Strukturen. Die Folge: Generations- und Rollenkonflikte, Verlust- und Entwurzelungs-Gefühle, Identitätskrisen, Trennungssängste, kräfte-zehrende Durchsetzungsnot, Vereinsamung, auf jeden Fall eine schmerzlich erlebte Diskrepanz zwischen Erhofftem und Erreichtem.

Das ruft eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung auf den Plan, was aber einfacher verlangt als realisiert ist. Trotzdem empfiehlt sich eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems, d. h. eine gleichberechtigte, qualitativ äquivalente Betreuung. Für das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem gilt die Empfehlung, Migranten die verfügbaren Angebote durch systematischen Abbau bestehender Zwangs-Barrieren zugänglich zu machen und die Einrichtung von ausgrenzenden Sonder-Diensten zu vermeiden. Nur so ist eine möglichst rasche Integration in die Aufnahmegesellschaft möglich, so die Experten aus Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Interessant und wegweisend in diesem Zusammenhang die Initiative des Referats für Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), die konkrete Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten erarbeitet hat. Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht:

Den Zugang zur Regelversorgung durch Niedrigschwelligkeit, Kultur-Sensitivität und Kultur-Kompetenz erleichtern. – Multikulturelle Behandler-Teams aus allen Berufsgruppen einsetzen, dabei aber Mitarbeiter mit eigenem Migrations-Hintergrund (und zusätzlicher Sprachkompetenz) bevorzugen. – Natürlich,

falls nötig, auch psychologisch geschulte Fach-Dolmetscher als zertifizierte Übersetzer und vor allem Kultur-Mediatoren nutzen. Und hier nicht nur in persönlichem Kontakt, sondern durchaus auch als Telefon-Dolmetscher. – Enge Zusammenarbeit zwischen den psychiatrischen Institutionen auf allen Ebenen und Allgemeinmediziner mit den verschiedenen Migranten-Organisationen und -Verbänden, ggf. gemeinsame Spezial-Einrichtungen. – Beteiligung der Migranten und ihren Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung solcher Institutionen. – Verbesserte Informationen durch muttersprachliche Medien. – Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Psychiatrie und Psychotherapie in transkultureller Psychiatrie unter Einschluss von Sprachfortbildungen. – Besonderes Augenmerk auf die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migranten-Familien. – Unterstützung und Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung u.a.m.

Dies alles – in den jeweiligen Ausführungen nachzulesen – sollte die zu erwartenden Kern-Probleme vermindern helfen. Denn hier droht dann doch einiges verstärkt auf uns zuzukommen. Beispiele: Ein rechtzeitiges Erkennen und gezieltes Behandeln dürfte gerade bei Migranten erst dann gegeben sein, wenn starke Beschwerden dazu zwingen. In seelischer Hinsicht dürften es erst die Hausärzte sein, die aufgesucht werden, selten oder leider zu spät der dafür zuständige Psychiater. Und wenn, dann dominieren medikamentöse Behandlungen, die ihren (Teil-)Sinn haben, aber nicht die zugrundeliegenden Ursachen angehen können. Problematisch auch die mehrfach erwähnte (unzureichende) Berücksichtigung migrations-spezifischer psychosozialer Umstände, die unzureichende Differenzierung kultureller psychischer Befindlichkeiten und Störungen. Dadurch schließlich eine zu rasche stationäre Aufnahme, weniger die vielleicht doch ausreichende ambulante (z. B. psychotherapeutische) Behandlung und vor allem wenige rehabilitative Angebote, um den drohenden Rückfall zu vermeiden.

Eine besondere Herausforderung stellt die Versorgung von schwer und komplex traumatisierten Flüchtlingen und Asylsuchenden dar. Unzulängliche Sprachverständigung, zahlreiche psychosoziale und schließlich bürokratische Probleme können aus ohnehin langzeit-labilisierten Kranken ein schließlich kosten-intensives Langzeit-Problem werden lassen.

Was aber tun? Die Frage ist leichter gestellt als die Antwort gegeben. Denn die gesamte Versorgungskette ambulant/teilstationär/vollstationär/rehabilitativ ist mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung dieser Klientel überfordert. Bisher gibt es nur wenige ambulante Anlaufstellen (z. B. einige Behandlungszentren für Folteropfer) die sich hier diagnostisch, differentialdiagnostisch (wichtig: was könnte es sonst noch sein) und schließlich therapeutisch der komplexen Aufgabe gewachsen fühlen.

Im Folgenden einige Stichworte zur Kontakt-Empfehlung, die aber ständig überprüft, ergänzt und angepasst werden müssen, wie wohl noch nie in der Migrations-Geschichte Deutschlands.

Kontakt-Empfehlungen bei der Versorgung von Flüchtlingen

In zunehmendem Maße finden sich in der medizinischen Fachliteratur auch die konkreten Alltags-Erfahrungen der Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und der sonstigen, vor allem ehrenamtlichen Helfer. Und dies nicht nur was die gesetzlichen und medizinischen Grundlagen der Erst-Untersuchung und weitere Versorgung anbelangt, sondern auch den „ersten Kontakt bei psychisch Belasteten“, und wer ist das nicht.

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht zu einem solchen Bericht aus der medizinischen Fachzeitschrift *Medical Tribune* 49 (2015) 44:

- Wenn die Flüchtlinge ankommen, haben viele Halsschmerzen und Fieber, vor allem wegen der Anstrengungen und dem Flüssigkeitsmangel auf der Flucht. Das muss vorrangig behandelt werden. Was sie danach vordringlich brauchen ist aber Ruhe, Sicherheit, ein Dach über dem Kopf und regelmäßige Mahlzeiten.
- *Wichtig:* Die einzelnen Flüchtlinge nicht von ihren Angehörigen trennen, auch nicht bei der (Erst-)Untersuchung. Die Unterstützung der Familie ist für die meisten Menschen mit dieser Mentalität (und im Übrigen auch generell) äußerst stabilisierend. Psychosoziale Belastungen müssen gerade hier psychosozial, d. h. gemeinsam angegangen und gelöst werden.
- Müssen Medikamente sein, dann muss man sie genau erklären. In der Mehrzahl der Fälle dürfte es ohnehin das erste Mal (oder bisher sehr selten) sein, dass Arzneimittel eingenommen werden müssen. Die meisten Patienten würden nämlich die Dosierung nicht so richtig verstehen oder ernst nehmen. Auch werden den Medikamenten bisweilen nicht nur die spezifischen Wirkungen zugesprochen, mitunter gelten sie auch als „Allheilmittel“ für alles und jedes.
- Das Problem, dass Medikamente auch Nebenwirkungen haben können, ist vielen gänzlich unbekannt. Auch das muss erörtert werden.
- Offene Fragen stellen. Beispiel: „Sind die Beschwerden besser oder schlechter geworden?“. Denn auf die bei uns häufige Frage „Hat das Medikament geholfen?“ wird ein Flüchtling aus Syrien kaum mit „nein“ antworten, um nicht die Autorität des verordnenden Arztes infrage zu stellen.
- Überhaupt werden ärztliche Diagnosen von den Menschen aus dem jetzt überwiegenden Herkunftsländern als schwerwiegend aufgenommen. Denn es ist bei ihnen zu Hause nicht üblich, dem Patienten schlechte Nachrichten zu überbringen. Daher muss sowohl die Diagnose als auch das medizinische Vorgehen genau erklärt werden.

- Großfamilien sind die entscheidende Basis. Hier gilt es herauszufinden, wer der „Älteste“ ist und das Sagen hat; mit ihm sollte man direkt sprechen und die Behandlung gleichsam in seine Familien-Hand geben.
- Häufig übersetzen Angehörige für den Patienten. Das ist zwar naheliegend, kann aber auch seine Probleme haben. So ist es beispielsweise für Ehemänner aus manchen Regionen peinlich, bei so genannten „Frauenthematzen“ übersetzen zu müssen. Hier können bisweilen sprachkundige Kinder problemlos einspringen.
- Bei Übersetzungen können auch sprachkundige Studenten hilfreich sein, die schon eine Weile im Land sind. Doch auch hier muss man mit einer „arabischen Sprachen-Vielfalt“ rechnen, die dann auch die Grenzen aufzeigt. Auch ist ggf. die Stammes-Herkunft zu berücksichtigen, sonst können Menschen aus verfeindeten Gruppierungen aufeinander treffen.
- Wird ein Dolmetscher eingesetzt, so muss dieser alles, was der Patient sagt übersetzen, gleichgültig, ob er es aus seiner Sicht für bedeutsam hält oder nicht. Im Gespräch sollte sich der Arzt direkt an den Patienten wenden, aber nicht wundern, wenn sich der Patient dem Dolmetscher zuwendet. Das sei kein mangelnder Respekt, sondern die Frage des direkten Kontaktes über den Übersetzer. Der Arzt seinerseits sollte seine Sprache dem Niveau des Patienten anpassen (als wenn er mit einem 14-jährigen Deutschen spricht), keinesfalls Fachwörter.
- Im Internet werden laut *Medical Tribune* auch Übersetzungshilfen für Ärzte angeboten, zum Beispiel www.netzwerkfluechlingeberlin.wordpress.com oder www.refugee-phrasebook.de.

Aus *Medical Tribune* 49 (2015)

Die Probleme sind also erkannt, wenn auch kaum in nützlicher Frist lösbar. Es herrscht jedoch guter Wille und es strukturieren sich die wichtigsten Hilfsmaßnahmen. Dabei spielt eines immer wieder die entscheidende (zumindest anfangs wohl größte) Rolle, nämlich die Sprach- bzw. Übersetzungs-Defizite. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht aus dem Kapitel *Transkulturelle Psychiatrie und Behandlung von Migranten* im erwähnten Lehrbuch von M. Berger (Freiburg) zum Thema:

Sprach- und damit Verständigungs-Probleme

Sprache ist nicht nur äußere und innere Wahrnehmung der Wirklichkeit, sondern auch der eigenen Identität und ihrer kulturellen Herkunft. Wer eine neue Sprache erlernt, neigt als Erwachsener dazu, sich den Wortschatz und die Grammatik rational anzueignen. Kinder dagegen nehmen den Akzent, die In-

tonation und den Rhythmus, d. h. die Sprach-Melodie quasi spielerisch auf. Das ist ihr Vorteil und Grund ihrer schnellen Sprachkenntnisse im neuen Land.

Bei den erwachsenen Migranten bleiben jedoch viele Gefühle und vor allem Erinnerungen an die Muttersprache gebunden. Dadurch kommt es beim Benutzen einer jetzt notwendig werdenden Zweit-Sprache im Gegensatz zur Muttersprache zu einem wichtigen Phänomen, das zu berücksichtigen ist: Gemeint ist die Trennung des Affekts, d. h. Stimmung, Emotion, Befindlichkeit, Gestimmtheit, Zumute-Sein, konkret Freude, Heiterkeit, Zuversicht, aber auch Kummer, Gram, Angst, Verzagtheit, Verzweiflung, ja Gereiztheit, Ärger, Wut u. a., kurz: zur Trennung des Affekts vom Inhalt des Gesagten. Denn Gefühle, Erinnerungen und Assoziationen (gedankliche Verknüpfungen) werden in der Muttersprache erlebt, während der später erworbenen Zweit-Sprache eher jene Inhalte zur Verfügung stehen, die jetzt für die Bewältigung des Alltags von Bedeutung sind.

Das führt dazu, dass sogar bi-linguale Patienten mit ausreichender Kenntnis der Zweit-Sprache auf den Untersucher häufig emotionslos und affektiv nur wenig mitschwingungsfähig wirken, wenn sie in dieser neuen Sprache interviewt werden. Oder kurz: Die Muttersprache enthält auch emotionale Äußerungen, die Zweit-Sprache läuft vor allem rational ab.

Das spielt im Alltag keine große Rolle, da geht es nur um den alltäglichen Ablauf. Anders beispielsweise bei der Exploration von Psychiater/Psychologe, bei der ja auch „hinter die Sprache gelauscht und damit interpretiert wird“. Das lässt sich also nicht ändern, sollte aber berücksichtigt werden.

Doch die halbwegs nutzbare Zweit-Sprache bleibt wohl (lange) ein Wunschtraum für die meisten Migranten. Deshalb geht es erst einmal um die Frage: Steht ein Dolmetscher zur Verfügung oder nicht. Denn gerade bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontakten soll aus obigem Grund die Muttersprache genutzt werden. Das dürfte vor allem durch den Einsatz professionell geschulter Dolmetscher realisierbar sein. Und hier gibt es bestimmte Empfehlungen bzw. Regeln, die die Experten wie folgt umreißen:

Der Therapeut, sprich Psychiater/Psychologe/sonstiger für die Behandlung zuständige Fachmann sollte mit dem Dolmetscher vor der eigentlichen Exploration ein Vor- und später ein Nach-Gespräch führen. – Neutralität gehört neben der Fachkompetenz zur Grundbedingung. Dieses kommentarlose und unparteiische Übersetzen gelingt dem (fremden) Dolmetscher natürlich besser als der Einsatz von zwar sprachkundigen, aber eben auch gefühlsmäßig eingebundenen Verwandten oder Freunden. – Gleichgeschlechtliche Dolmetscher haben sich eher bewährt, nicht zuletzt bei den jetzt überwiegenden Migranten-Nationen. – Altersunterschiede zwischen Dolmetscher und Patient sollte nicht zu groß ausfallen. – Wer schon einmal als Dolmetscher in dem Therapeut-Patient-Kontakt tätig war und nicht bloß über Vor-Erkenntnisse, sondern auch eine gewisse zwischenmenschliche Vertrautheit mit den Patienten ver-

fügt, sollte falls möglich auch erneut gebeten werden. – Schließlich sollte der Dolmetscher nicht nur die Sprache beherrschen, sondern auch über ein ausreichendes kulturelles Hintergrundwissen zum jeweiligen Fall verfügen.

Literatur

Grundlage dieser Ausführungen ist das entsprechende Kapitel im Lehrbuch *M. Berger (Hrsg.): Psychische Erkrankungen*. Verlag Urban & Fischer, München 2015.