

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

## MIGRATIONS-PROBLEME HEUTE

### Eine kurz gefasste Übersicht

Kaum ein Thema in den Medien und der Allgemeinheit hält sich so hartnäckig und diskussions-intensiv wie das derzeitige Flüchtlings-Problem, die Migration und ihre Konsequenzen: politisch, militärisch, wirtschaftlich, kulturell usf. – und nicht zuletzt aus persönlicher Sicht. Das ist nachvollziehbar, ja notwendig, denn in den Diskussionen klären sich auch die Standpunkte, Fronten, Ängste, Vorurteile, Meinungsbilder und konkreten Unterstützungs-Empfehlungen. Allerdings ist das Migrations-Problem nicht nur emotional sehr aufgeladen, sondern sogar um ein einiges komplizierter als beispielsweise bei den Flüchtlingsströmen in Deutschland nach dem II. Weltkrieg. Und dies vor allem für ungeklärte Konstellationen und offene Fragen aus psychiatrischer Sicht.

Glücklicherweise ist die so genannte Ethno-Psychiatrie ein zwar wenig bekanntes, aber schon lange beforschtes Gebiet. Dabei sind es vor allem die Migrations-Ambulanzen der psychiatrischen Kliniken und die Experten der entsprechenden Abteilungen und Institutsambulanzen, die am ehesten mit den seelischen und psychosozialen Folgen einer Flucht konfrontiert werden – und dabei Daten sammeln und hilfreiche Informationen weitergeben.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht, unterstützt durch ein Literatur-Angebot entsprechender Fach- und allgemeinverständlicher Sachbücher aus psychosozialer Sicht.

### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Migration – Flucht – Heimatverlust – Asyl-Suchende – Staatenlose – Flüchtlinge – Zuwanderung – „Ausländer“ – „Migrations-Hintergrund“ – Generations-Konflikt – Entwurzelung – Identitätskrise – Trennungsangst – Akkulturation – Trennungs-Erlebnisse – Verlust-Erlebnisse – Integrations-Probleme – Isolierung

rung – Diskriminierung – Verfolgung – Re-Migrationsabsichten – Lebensqualität – Zukunfts-Erwartungen – Spätaussiedler – Konventions-Flüchtlinge – „Gastarbeiter“ – Gratifikations-Defizit – mangelnde Anerkennung – Diskriminierung – eingeschränkte Lebensgestaltung – „Migrations-Folgekrankheiten“ – Traumatisierung – Stress-Belastung – Posttraumatische Belastungsstörung – Migrations-Traumatisierung – Migrations-Beschwerdebild – Belastungsfaktoren im Aufnahmeland – Kommunikations-Defizite – Aufenthaltsstatus – Arbeitslosigkeit – lähmende Untätigkeit – Ausgrenzung – Erregungszustände – Gewalttaten – Zukunftsängste - Ablösungs-Ängste – bi-kulturelle Identität – „kulturelle Obdachlosigkeit“ – Zweisprachigkeit – Säkularisierung – Emanzipierung – Fremden-Feindlichkeit – Psychotherapie von Migranten – Psychiatrie und Migration – Sprach-Probleme – Verständigungs-Probleme – Übersetzung-Empfehlungen – u.a.m.

*Migration* ist in aller Munde – und nicht ohne Grund. Und so stellen uns die zunehmenden Migrations- und Fluchtbewegungen in unserer Zeit und vor allem westlichen Gesellschaft vor neue Aufgaben, wachsende Anforderungen, schwierige gesellschaftliche, ja zwischenmenschliche Entwicklungen. Das alles soll man registrieren, ja akzeptieren und sogar angesichts erheblicher sozialer Unterschiede „kultursensibel“ registrieren, werten und behandeln. Keine leichte Aufgabe. Der negative Aspekt dieser historischen Entwicklung ist jedem bekannt, die Medien und inzwischen sogar der Alltag bieten reichhaltiges Anschauungs- und Bewältigungs-Material.

### **Epidemiologische Aspekte**

Folgt man den Angaben internationaler Institutionen, so leben mehr als 200 Millionen Menschen, d. h. rund drei Prozent der Weltbevölkerung nicht mehr in ihrer ursprünglichen Heimat. Die Zahl der in dieser Hinsicht besonders belasteten Flüchtlinge, Asyl-Suchende oder Staatenlose wurde 2014 weltweit auf fast 60 Millionen geschätzt (UNHCR 2014). Nicht nur Hungersnöte oder Katastrophen, sondern vor allem Kriege oder ethnische Konflikte zwischen Volksgruppen und politische Unruhe haben in vielen Regionen zu einer wachsenden Zahl an Flüchtenden geführt. Die Flüchtlingsfrage ist zu einem Welt-Problem geworden.

Europa ist schon einige Zeit, besonders aber seit 2015 in einer speziell bedrängenden Situation, langsam vergleichbar mit dem Flüchtlings-Elend nach dem 2. Weltkrieg (an das sich übrigens nur die ältere Generation noch erinnern kann, dafür aber mit zunehmendem Alter immer plastischer). Allein die militärischen Auseinandersetzungen in Syrien haben Millionen Syrer gezwungen, ihr Land, d. h. Hab und Gut zu verlassen, um ihr Leben zu retten.

In Deutschland registrierte das Statistische Bundesamt im Jahr 2015 über 2 Millionen zugewanderte Personen, während insgesamt nicht ganz eine Million das Land verließen. Das ist eine Netto-Zuwanderung von über einer Million Menschen und die höchste Zahl an Zuwanderung in der Geschichte des Landes. Damit betrug die Zahl der „ausländischen Bevölkerung“ über 9 Millionen. Mit mehr als 17 Millionen Menschen beträgt der Anteil der „Ausländer und Deutschen mit so genanntem Migrations-Hintergrund“ 21 Prozent, d. h. jeder Fünfte. Die Zahlen variieren, gehen zeitweise zurück, können aber jeder Zeit wieder ansteigen, wie schon mehrfach erlebt.

### **Was gilt es zu wissen, was muss man tun?**

Das ist schon eine gigantische logistische Aufgabe. Sie dominiert erst einmal alles. 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.

Was also muss beim so genannten kultur- und situations-übergreifenden Migrations-Prozess beachtet werden (vom Lateinischen: migrare = wandern, auswandern, ausziehen, übersiedeln)?

Konkret: Welche Bewältigungs-Phasen sollte man kennen, vor allem was drohende Kultur-, Migrations- und Integrations-Konflikte angeht? Was braucht es für eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung bei Generations- und Rollen-Konflikten, Verlust- und Entwurzelungs-Gefühlen, Identitätskrisen, Trennungsängsten, 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 Rücksicht nehmen, um nicht noch zusätzliche Verständigungs-Probleme aufzuwerfen? Dazu eine kurz gefasste Übersicht mit den Fragen:

Welche psychischen Erkrankungen treten bei Migranten in Aufnahme-Kulturen auf? Welche Auswirkung hat der Akkulturations-Prozess (also wenn verschiedene Kulturen miteinander auskommen müssen) auf die kulturelle Identitäts-Entwicklung? 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 fachspezifischen Leitlinien zur Beurteilung von psychischen Störungen aus kultureller Sicht?

**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.

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. Stichworte: aktueller Migrationsprozess, erreichter Anpassungs-Status, 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.

### **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) usw. Und natürlich das Zusammenspiel von Umgebungs- und durchaus auch genetisch-biologischen (Erb-)Faktoren. Daraus folgen dann vor allem einige 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. Dazu eine kurz gefasste Übersicht:

### **Zur Symptomatik der Migrations-Traumatisierung**

Zu jeder Zeit und Gesellschaft führten Unsicherheit, Bedrohung, vor allem Krieg, Folter, lebensgefährliche Flucht und der Verlust von nahestehenden Menschen, wirtschaftlicher und rein physischer Sicherheit zu einem entsprechenden Leidensbild, dessen seelische und psychosoziale Spuren in den meisten Fällen nicht mehr völlig gelöscht werden können.

Laut aktueller Erkenntnisse der Psychiater, Psychologen und vor allem der bisher verfügbaren wenigen Migrations-Ambulanzen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen so genannte affektive Störungen (also zumeist Depressionen) mit somatoformer Symptomatik (sprich insbesondere Kopf- und Gliederschmerzen sowie Schwindel). Nicht viel seltener sind Angst- und Panikstörungen, psychogene (rein seelisch bedingte) Anfälle sowie die posttraumatische Belastungsstörung mit ihren vielfältigen Formen (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Nicht selten sind auch so genannte dissoziative Störungen, die durch ihr ungewöhnliches Beschwerdebild auf besonderes Unverständnis stoßen (müssen). Beispiele: Bewegungsstörungen (Zittern, Gang- bis zur Steh- und Gehunfähigkeit, Stimmstörungen usw.), ferner Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (Missempfindungen, Verlust von Sehschärfe oder verschwommen sehen) u. a.

Als häufigste Belastungsfaktoren im Aufnahmeland registrieren die Ärzte und Psychologen vor allem folgende Beeinträchtigungen: Verlust der familiären Strukturen, des sozialen Status, der Sprache (und damit alltäglichen Kommunikations-Fähigkeit); ferner Sorge um den Aufenthaltsstatus, Arbeitslosigkeit (und damit lähmende Untätigkeit), soziale Ausgrenzung, Unterschiede in den kulturellen Normen und Werten und schließlich auch noch Konflikte innerhalb der eigenen Familie.

Hier kann es dann auch nicht ausbleiben, dass es sogar zu unkontrollierbaren Erregungszuständen, Übergriffen und Gewalttaten auf der einen Seite, aber auch massiven Selbstverletzungen bis hin zur Suizidalität auf der anderen kommen kann.

Ein besonderes Problem sind im Rahmen der somatoformen Beschwerden (also körperlichen Beeinträchtigungen ohne organische Ursache) ausgeprägte Schmerzen, die einzelne Körperregionen oder den ganzen Körper betreffen. Am häufigsten sind es chronische Kopfschmerzen extremer Intensität, was dann am ehesten einen Arztbesuch erzwingt (und eine oft langfristige und mitunter unkontrollierte Schmerzmittel-Einnahme bahnt).

Dies ist vor allem in der Akut-Phase zu beachten, zu berücksichtigen und zu mildern, so gut es geht. 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 ggf. in milderer Form für freiwillige Zuwanderer (z. B. Arbeits-Migranten). Dabei lassen sich im Allgemeinen drei Phasen unterscheiden:

### Der Migrations-Prozess

- 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 sogar nach einer kurzen Abschieds-Trauer bei der Ankunft im Ziel-Land selbst ein gewisses Hochgefühl einstellen („Honeymoon“). Das kann Monate dauern und erleichtert so manches.
- 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 Unbilden 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 vermehrt mit psychischen Störungen gerechnet werden muss.

- Doch wer es durchhält tritt mehrheitlich in die **3. Phase** des migrationsübergreifenden Anpassungsprozesses ein. Hier werden die tradierten und familien-typischen Stile, Regeln, Sitten, Werte und Mythen durchaus infrage gestellt, ja sogar verändert. Allerdings wohl 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. nicht nur Religiosität, sondern auch Partnerwahl, Bekleidungsstil usw.). Das sind dann die Themen des folgenden Generations-Konfliktes, konkret: notwendige Auseinandersetzungen, um die Anpassungs-Prozesse in Migrantenfamilien 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 in 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.

### **Anhang: Zum Problem der Fremden-Feindlichkeit**

Nun wäre ja nach all der durchgemachten Not die Zeit gekommen, sich am mehr oder weniger freiwillig gewählten Fluchtort zu erholen, von den bedrängenden Erinnerungen langsam zu lösen, sich neu zu orientieren, vor allem was Umfeld und sprachgebundene Kommunikation anbelangt. Das ist nun einerseits schon schwer genug, wird aber andererseits durch ein leider nicht seltenes Phänomen im „Gastland“ noch mehr erschwert, und zwar psychosozial folgenreich: Gemeint ist eine zumindest zeit-, orts- und personen-gebundene Fremden-Feindlichkeit, die in manchen Regionen offener, in anderen versteckter belastet, bis hin zu erneuten Übergriffen. Da drängt sich die wissenschaftliche Frage auf: Fremden-Feindlichkeit, wer ist eigentlich fremden-feindlich und wie gehen die Betroffenen vor?

Hier gibt es bereits traurige Statistiken, basierend auf schon alltäglichen Medienberichten. Das reicht von Brandanschlägen bis zu tätlichen Attacken, was sich inzwischen in einer wachsenden Kriminalitäts-Statistik niederschlägt, und zwar mit hoher Dunkelziffer. Was sind das nun für Menschen, die gegenüber „Fremden“ so feindselig eingestellt sind?

Der Begriff „Fremden-Feindlichkeit“ löste in den 1990-er Jahren den Begriff der „Ausländer-Feindlichkeit“ ab, da der nicht zwingend mit dem Pass oder dem rechtlichen Status einer Person legitimiert wird, sondern vielmehr mit der Wahrnehmung eines Menschen aus einer anderen Ethnie, einer anderen Religion oder einer anderen Kultur. Und wichtig: Diese Zugehörigkeit wird individuell konstruiert. Es geht also um Menschen, die als „fremd empfunden“ werden. Dazu gibt es inzwischen entsprechende Untersuchungen. Im Einzelnen:

### **Fremden-Feindlichkeit – was sind das für Menschen?**

Menschen mit Fremden-Feindlichkeit haben weniger Vertrauen in ihre gesellschafts-politischen und Verfassungs-Institutionen. Sie sind demokratie-kritischer und sehen sich politisch depriviert, wie die Experten es nennen; hier wohl vor allem als „soziale Deprivation“, wenn nicht gar soziale Isolation verstanden, auf jeden Fall als eigene soziale Benachteiligung.

Im Weiteren sind es Menschen, die weniger an die Legitimation der Demokratie und damit pluralistisch-demokratische Aushandlungs-Prozesse glauben, weil sie den Eindruck haben, auf dieses System keinen Einfluss zu haben.

Gleichzeitig findet sich aber unter dieser Gruppierung auch ein hohes Gewalt-Potenzial. So befürwortete beispielsweise in einer solchen Untersuchung fast ein Drittel „körperliche Gewalt gegen andere, was ganz normal sei, um sich überhaupt durchsetzen zu können“. Jeder Vierte äußerte sich ein wenig vorsichtiger, aber es wird trotzdem deutlich, was er meint: „Man muss leider zur Gewalt greifen, weil man nur so beachtet wird“. Fremdenfeindliche sind auch rechtsextremer eingestellt, zeigen mehr gruppenbezogene Fremden-Feindlichkeit und sind autoritärer orientiert. Nicht wenige scheinen die Demokratie, von der sie ja ihre weitgehende Meinungs- und Handlungsfreiheit beziehen, für ein sogar kritik-würdiges, wenn nicht gar illegitimes System zu halten.

Kurz: Das rebellisch-autoritäre Milieu ist das mit der höchsten Fremden-Feindlichkeit, der größten Gewaltbereitschaft und dem geringsten Vertrauen in gesellschafts-politische und Verfassungs-Institutionen. Es mangelt an Empathie, Toleranz, Kompromissbereitschaft und Konfliktlöse-Strategien, die sich auch ihre Begründungen und attackierten Ziele zurechtlegen, wozu sich Migranten natürlich besonders (unfreiwillig) anbieten.

Nun sind es nicht nur die negativen Auswüchse, wobei das Beunruhigende die (vor allem mediale) Aufmerksamkeit stärker auf sich zieht als positive Entwicklungen. Und die gibt es durchaus. In diesem Fall eine wachsende Bereitschaft vieler Menschen aller sozialen Schichten und Altersstufen, sich für Flüchtlinge und deren Versorgung beispielsweise ehrenamtlich einzusetzen.

## **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, Trennungsängste, 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. Was empfehlen nun die Experten konkret?

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 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 stärkere Beschwerden dazu zwingen. In seelischer Hinsicht dürften es zuerst 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 (unzureichende) Berücksichtigung migrations-spezifischer psychosozialer Umstände und die unzureichende Differenzierung kultureller psychischer Befindlichkeiten und Störungen. Dadurch schließlich eine zu rasche stationäre Aufnahme, weniger die vielleicht noch ausreichende ambulante (z. B. psychotherapeutische) Behandlung. Und vor allem zu wenige rehabilitative Angebote, um den drohenden Rückfall zu vermeiden, der eine überdauernde Leidensanfälligkeit bahnt.

### **Sprach- und damit Verständigungs-Probleme**

Dabei spielt eines immer wieder die entscheidende (zumindest anfangs wohl größte) Rolle, nämlich die Sprach- bzw. Übersetzungs-Defizite. Denn 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 Intonation 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 aktuell notwendige 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 eben auch gemütsmäßige

Äußerungen, die Zweit-Sprache läuft gezwungenermaßen eher nüchtern und auf das Wichtiges im Alltag bezogen 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 zwar 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 sollte 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 sollten 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 verfügt, 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.

Weitere Erkenntnisse, die sich vor allem erst im Laufe der aktuellen Erfahrungen herauskristallisieren sind beispielsweise:

- 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 schwerwiegender aufgenommen. Denn es ist bei ihnen zu Hause nicht üblich, dem Kranken 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 „Frauenthemen“ 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 ist kein mangelnder Respekt, sondern eine Frage des direkten Kontaktes *über* den Übersetzer. Der Helfer seinerseits sollte seine Sprache dem Niveau des Patienten anpassen (als wenn er mit einem 14-jährigen Deutschen spricht), keinesfalls Fachbegriffe.

## LITERATUR

Wachsendes Angebot entsprechender Fach- und allgemeinverständlicher Sachbücher. Nachfolgend eine begrenzte Auswahl aus psychosozialer Sicht:

*Akhtar, S.: **Immigration und Identität.** Psychosozial-Verlag, Gießen 2007*

*Albrecht, N. J. u. Mitarb. (Hrsg.): **Migration – Gesundheit – Kommunikation.** Cuvillier-Verlag, Göttingen 2005*

**APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2015

*Assion, H. J. (Hrsg.): **Migration und seelische Gesundheit.** Springer-Verlag, Heidelberg 2005*

*Baeyer, W. v. u. Mitarb.: **Psychiatrie der Verfolgten.** Springer-Verlag, Berlin 1964*

*Bauer, U. u. Mitarb. (Hrsg.): Handbuch Migration und Beratung.* Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2013

*Beer, B., H. Fischer (Hrsg.): Ethnologie.* Dietrich Reimer-Verlag, Berlin 2012

*Benhabid, S.: Die Rechte der anderen.* Suhrkamp-Verlag, Berlin 2008

*Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen.* Verlag Urban & Fischer, München 2015

*Bochnik, H. J., H. Koch: Die Nervenarzt-Studie. Praxen, Kompetenzen, Patienten.* Deutscher Ärzteverlag, Köln 1990

*Böcker, W.: Psychiatrie der Gastarbeiter.* In: H. P. Kisker u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band III. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1995

*Borde, T., M. David (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen.* Mabuse-Verlag, Frankfurt 2003

*Breckner, R.: Migrationserfahrung – Fremdheit – Biografie.* VS-Verlag, Wiesbaden 2009

*Canan, C.: Identitätsstatus von Einheimischen mit Migrationshintergrund. Neue Styles?* Springer-Verlag, Wiesbaden 2015

*Collatz, J. u. Mitarb. (Hrsg.): Gesundheit für alle.* WB-Verlag, Rissen 1985

*Coors, M. u. Mitarb. (Hrsg.): Interkulturalität und Ethik.* Edition Ruprecht, Göttingen 2014

*Diesfeld, H. D. (Hrsg.): Medizin in Entwicklungsländern.* Lang-Verlag, Frankfurt 1992

*Dittrich, A., Ch. Scharfetter (Hrsg.): Ethnopsychotherapie.* Enke-Verlag, Stuttgart 1987

*Erim, Y. (Hrsg.): Klinische Interkulturelle Psychotherapie.* Kohlhammer-Verlag Stuttgart 2009

*Falge, C., G. Zimmermann (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems.* Nomos-Verlag, Baden-Baden 2009

*Feldmann, R. E., G. H. Seidler (Hrsg.): Traum(a)Migration.* Psychosozial-Verlag, Gießen 2013

*Flatten, G. u. Mitarb.:* **Posttraumatische Belastungsstörungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2004

*Ghaderi, C., T. Eppenstein (Hrsg.):* **Flüchtlinge.** Springer VS, Wiesbaden 2016

*Golsabahr, S. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Integration, Identität, Gesundheit.** Verlag für Wissenschaft und Bildung, Wiesbaden 2012

*Graef-Calliess, Iris Tatjana, Meryam Schouler-Ocak (Hrsg.):* **Migration und Transkulturalität.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2017

*Graessner, S. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Folter – An der Seite der Überlebenden.** Beck-Verlag, München 1996

*Griese, C., H. Marburger (Hrsg.):* **Interkulturelle Öffnung.** Oldenbourg-Verlag, München 2012

*Griese, H. M. (Hrsg.):* **Der gläserne Fremde.** Verlag Leske & Budrich, Opladen 1984

*Grinberg, L., R. Grinberg (Hrsg.):* **Psychoanalyse der Migrationen des Exils.** Verlag Internationale Psychoanalyse, München 1990

*Gün, A. K.:* **Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie.** Lambertus-Verlag, Freiburg 2007

*Haase, H. (Hrsg.):* **Ethnopsychanalyse, Wanderung zwischen den Welten.** Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart 1998

*Haasen, C., O. Yagdiran:* **Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft.** Lambertus-Verlag, Freiburg 2000

*Haenel, F., M. Wenk-Ansohn (Hrsg.):* **Begutachtung psychischer reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren.** Beltz-Verlag, Weinheim 2004

*Hahn, P.:* **Soziologie der Migration.** Verlag Lucius & Lucius, Stuttgart 2000

*Han, B. C.:* **Hyperkulturalität, Kultur und Globalisierung.** Merve-Verlag, Berlin 2005

*Hegemann, T., R. Salman (Hrsg.):* **Transkulturelle Psychiatrie.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

*Heise, Th., J. Schuler (Hrsg.):* **Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland.** Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2000

*Helfrich, H.:* **Kulturvergleichende Psychologie.** Springer VS, Wiesbaden 2013

*Hoch, E. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft.** Lambertus-Verlag, Freiburg 2000

*Hoch, E., M. J. Müller (Hrsg.):* **Asyl und Psychiatrie.** Lambertus-Verlag, Freiburg 2009

*Hoffmann, K., W. Machleidt (Hrsg.):* **Psychiatrie im Kulturvergleich.** Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 1997

*Jaede, W. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Begegnung mit dem Fremden. Psychotherapie und Beratung im interkulturellen Kontext.** GwG-Verlag, Köln 1994

*Jilek, W. G., L. Jilek-Aall:* **Kulturspezifische psychische Störungen.** In H. Helmchen u. Mitarb. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*, Band III. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

*Kazzazi, K. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Migration – Religion – Identität.** VS-Verlag, Wiesbaden 2015

*Keuk, v. E. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2011

*Koch, E. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Sucht und Migration.** Lambertus-Verlag, Freiburg 2013

*Krueger, A.:* **Flucht-Räume. Neue Ansätze in der Betreuung von psychisch belasteten Asylsuchenden.** Campus-Verlag, Frankfurt 2013

*Langenohl, A. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Transkulturalität.** Transkript, Bielefeld 2015

*Lilge-Hartmann, A.:* **Transkulturalität und Interkulturelle Psychotherapie in der Klinik.** Psychosozial-Verlag, Gießen 2012

*Machleidt, W. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie.** Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2006

*Machleidt, W., A. Heinz (Hrsg.):* **Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie.** Verlag Elsevier, München 2011

*Machleidt, W.:* **Migration, Kultur und psychische Gesundheit.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2013

*Machleidt, W., Iris Tatjana Calliess: Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Migranten und Transkulturelle Psychiatrie.* In: M. Berger (Hrsg.): Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie. Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2015

*Muthny, F. A., I. Bermejo (Hrsg.): Interkulturelle Medizin.* Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2009

*Oltmer, J.: Migration. Geschichte und Zukunft der Gegenwart.* Bundeszentrale für politische Bildung – bpb. Schriftenreihe Band 10060. Bonn 2017

*Pfeiffer, W. M., W. Schoene (Hrsg.): Psychopathologie im Kulturvergleich.* Enke-Verlag, Stuttgart 1980

*Pfeiffer, W.: Transkulturelle Psychiatrie.* Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1994

*Pfeiffer, W.: Transkulturelle Aspekte der Psychiatrie.* In: V. Faust (Hrsg.): Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1995

*Philipp, S. H. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse.* Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1981

*Petrilowitsch, N. (Hrsg.): Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie.* Band I u. II. Karger-Verlag, Basel 1967

*Pries, L.: Internationale Migration.* Transkript, Bielefeld 2013

*Pries, L.: Migration und Ankommen.* Campus-Verlag, Frankfurt 2016

*Pries, L. (Hrsg.): Transnationale Migration. Soziale Welt.* Nomos-Verlag, Baden-Baden 1997

*Pusch, B. (Hrsg.): Transnationale Migration am Beispiel Deutschland und Türkei.* VS-Verlag, Wiesbaden 2013

*Quekelberghe, R. van (Hrsg.): Klinische Ethnopsychologie.* Asanger-Verlag, Heidelberg 1991

*Radice v. Wogau, J. u. Mitarb.: Therapie und Beratung von Migranten.* Beltz-Verlag, Weinheim 2004

*Razom, O. u. Mitarb. (Hrsg.): Migration und Gesundheit.* Robert Koch-Institut, Berlin 2008

Rössler, W., W. Kawohl (Hrsg.): **Soziale Psychiatrie**. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, 2013

Schepker, R., M. Toker: **Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie**. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2008

Schmidt-Lauber, B. (Hrsg.): **Ethnizität und Migration**. Reimer-Verlag, Berlin 2007

Seidler, G. H. u. Mitarb. (Hrsg.): **Handbuch der Psychotraumatologie**. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2015

Sommerfeld, A.: **Fremdenfeindlichkeit durch Emotionen?** Juventa-Verlag, Weinheim 2010

Statistisches Bundesamt: **Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migratonshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus**. Wiesbaden 2014

Tiedt, F.: **Sozialberatung für Ausländer**. Beltz-Verlag, Weinheim 1985

Treibel, A.: **Integriert Euch! Plädoyer für ein selbstbewusstes Einwanderungsland**. Campus-Verlag, Frankfurt 2015

Treibel, A.: **Migration in modernen Gesellschaften**. Juventa-Verlag, Weinheim-München 2011

Treichel, D, E. H. Mayer (Hrsg.): **Lehrbuch Kultur**. Waxmann-Verlag, Münster 2011

Waldenfels, B.: **Der Stachel des Fremden**. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1990

Waldenfels, B.: **Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden**. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 2012

Wohlfart, E., M. Zaumseil (Hrsg.): **Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie**. Springer-Verlag, Heidelberg 2006

Wulff, E (Hrsg.): **Ethnopsychiatrie. Seelische Krankheit – ein Spiegel der Kultur?** Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden 1978

Zick, A.: **Psychologie der Akkulturation**. VS-Verlag, Wiesbaden 2010