

**ZUM THEMA: SEELISCHE UND PSYCHOSOZIALE FOLGEN
DER MIGRATION – WAS TUN?**

Maren Wiechers, Aline Übleis, F. Padberg:

**EMPOWERMENT FÜR MENSCHEN MIT AFFEKTIVEN ERKRANKUNGEN
UND MIGRATIONSERFAHRUNGEN**

Therapiemanual für Einzel- und Gruppensettings

Schattauer-Verlag (J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger), Stuttgart 2019.
178 S., € 25,00

ISBN 978-3-608-40023-6

Migration kommt vom Lat.: migrare = wandern. Wenn es nur das wäre. Jeder weiß, was es heute heißt – bzw. schon immer hieß. Im Jahre 2016 beispielsweise zwischen 55.000 und 65.000 Flüchtlinge – pro Monat allein in Deutschland. Mit anderen Worten: Wieder wie so oft in der Welt und von der Allgemeinheit meist kaum registriert: eine soziale bzw. eine millionenfache individuelle Katastrophe mit oft langfristigen Folgen. Und natürlich so gut wie nie behandelt. Allerdings auch nur schwer behandelbar, das beweisen nicht nur die aktuellen Migrationswellen, das war immer so. Muss es so bleiben? Die Antwort kennt jeder, da einschränkend bis pessimistisch nur ungern offen artikuliert: Wie soll man dem auch therapeutisch, vielleicht sogar präventiv erfolgreich begegnen?

Rein zahlenmäßig dürfte es ein ungelöstes Problem bleiben. Fachlich tut sich etwas, um zumindest in Deutschland Zehntausenden Flüchtlingen mit Trauma-Folge-Erkrankungen beizustehen. Das beginnt mit dem Kampf gegen Stigmatisierung, führt über Sprach-Barrieren und gewisse „Eigenheiten“ je nach kulturellem Hintergrund und endet noch nicht in konkreten Krankheiten, nicht zuletzt aus psychiatrischem Bereich.

Denn Migration bedeutet neben dem rein geologischen Übertritt von einem Wohnort zum anderen auch eine z. T. massive Veränderung der sozialen und kulturellen Umwelt. Das gilt nebenbei nicht nur für kriegs-bedingte Flüchtlinge. Denn auch die freiwillige Mig-

ration von der Spätaussiedlung über die Gastarbeiterschaft bis hin zu mehr oder weniger beruflich erzwungenem oder zumindest orientiertem Wechsel bleiben nicht ohne Einfluss: seelisch, psychosozial, ja zumindest über die psychosomatische Schiene körperlich, wenn nicht gar rein physisch pathologisch bedingt. Sicher beeinflusst das Maß an migrations-bedingter Freiwilligkeit ganz erheblich den so genannten akkulturativen Stress und seine Folgen, aber ganz ohne Konsequenzen dürfte es wohl nie ausgehen.

So entwickelten sich im Laufe der Zeit durch entsprechende Arbeitsgruppen im deutschsprachigen Bereich vor allem an (sechs) Universitäten gezielte Forschungskonzepte, deren dynamische Modelle von Migrationsprozessen konkrete Alltags-Hilfen in Aussicht stellen – und dies insbesondere auf seelischem Gebiet. Denn – so die Erkenntnis – jede Phase im neuen Umfeld wird durch bestimmte Herausforderungen und Bewältigungsmechanismen geprägt bzw. unterliegt trotz verschiedener Migrationstypen einer kultur- und situations-übergreifenden Regelmäßigkeit.

Phasen der Migration

So folgt auf eine erste Belastungs-Phase im Herkunftsland eine Vorbereitungsphase, in der beispielsweise Kontakte mit inzwischen halbwegs integrierten Landsleuten geknüpft und damit notwendige Ressourcen geschaffen werden können. Doch zuvor gilt es einiges zu durchlaufen, zumeist wohl zu ertragen:

Nach Ankunft kommt es in der Regel zu einer Phase der Überkompensation („Honey-moon“-Phase genannt), in der ein mitunter erstaunlich hohes funktionelles Anpassungsniveau zu beobachten ist – kurzfristig. In dieser Zeit werden meist geringere Belastungen geklagt, man ist voller Energie, ist aufgaben- und lösungs-orientiert, empfindet eher Erleichterung und entwickelt Hoffnung.

Danach droht aber eine Phase der kritischen Anpassung, in der eben nicht mehr auf früher bewährte Bewältigungs-Mechanismen zurückgegriffen werden kann. Die Erwartungen kollidieren mit der Realität. Im Falle erzwungener Migration bedrohen dann auch noch unsicherer Aufenthalts-Status, Verzögerungen in der Bearbeitung des Asylverfah-

rens, Unterbringung in Sammelunterkünften u. a. – alles wachsende Risiko-Faktoren für die Entwicklung seelischer Beeinträchtigungen oder gar psychischer Erkrankungen.

Unterschiedliche Migrationsstressoren

Natürlich gibt es auch positive Beispiele, in der zumindest eine bi- oder multikulturelle Identität entwickelt werden konnte. Doch das alles läuft nicht immer linear, sondern wird sowohl von internen Faktoren (so genanntes Selbstwirksamkeits-Erleben) als auch externen Einflüssen (Integrationsbemühungen des Aufnahmelandes) sowie von so genannten Prä-, Peri- und Post-Migrationsstressoren beeinflusst.

Unter Prä-Migrationsstressoren versteht man – vor allem bei unfreiwilliger Migration – traumatische Erfahrungen wie Kriegserlebnisse, Inhaftierungen, Umweltkatastrophen, Zerstörung von Eigentum und damit eigener Existenzgrundlage, wenn nicht gar Inhaftierung, Verfolgung und Folter. Und dies nicht selten längerfristig und sich wiederholend – und vor allem „von Menschenhand“ und damit besonders langfristig folgenschwer.

Zu den Peri-Migrationsstressoren zählen die Experten speziell bei unfreiwilliger Migration Schutz- und Orientierungslosigkeit, Hunger und Kälte, eine mangelnde medizinische Versorgung sowie Übergriffe, wenn nicht gar Überfälle. Kurz: dramatische Flucht-Bedingungen.

Im Rahmen von Post-Migrationsstressoren unterscheidet man institutionelle und individuelle Stressoren. Institutionell belastend sind beispielsweise Verzögerungen in der Bearbeitung des Asylverfahrens, Unterbringung in Gemeinschafts-Unterkünften, eingeschränkte Reisefähigkeit u. a. Individuell sind Isolation, Heimweh, Rassismus- und Diskriminierungs-Erfahrungen sowie mangelhafte Sprachkenntnisse mit allen Folgen.

Die einzelnen Phasen eines Migrations-Prozesses werden aber nicht nur durch die äußeren Herausforderungen, sondern auch vorherrschende Gefühle charakterisiert. Und hier vor allem Angst, Ärger, Heimweh, Verlust, Trauer, Verlassenheit (aus dem eigenen Kulturraum usf.) – und dadurch erhöhte Vulnerabilität (Verwundbarkeit) für psychische Erkrankungen, die ggf. sonst nicht beeinträchtigt hätten.

Natürlich gibt es Unterschiede, die vor allem auf den Faktoren junges Alter, gute physische Gesundheit und ausreichendes Maß an Anpassungsfähigkeit basieren und zu durchaus erstaunlichen Belastungs- und damit Stabilitäts-Leistungen führen können (so genannter healthy migrant effect). Und dies sogar dann, wenn die Distanz zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland durchaus größer ist und sich beide Länder hinsichtlich politischer und kultureller Muster deutlich unterscheiden. Im Allgemeinen aber ist die Studienlage eher heterogen und lässt keine allgemeingültigen Aussagen zu.

Affektive Erkrankungen

Gleichwohl gibt es Hinweise bzw. einzelne Studien-Ergebnisse, die aufhorchen lassen, insbesondere was affektive (Gemüts-)Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen betrifft. So finden sich – je nach Untersuchung – bis zu 63 % psychische Störungen bei Bewohnern einer Erstaufnahme-Einrichtung für Flüchtlinge und speziell 31 bis 44 % für affektive Erkrankungen.

Ein Haupt-Problem für Diagnose und später Therapie ist das depressive Beschwerdebild im Kulturvergleich. Denn das Konzept affektiver Störungen westlicher Gesellschaften weicht teilweise erheblich von dem Erscheinungsbild depressiver Erkrankungen in außereuropäischen Kulturen ab. Beispiele: Im Westen gilt die Störung des Affekts als das zentrale Hauptmerkmal der Depression, während in nicht-westlichen Kulturen auch andere Symptome das klinische Bild entscheidend prägen können. Konkret: Im Westen eher Schuldgefühle, Antriebslosigkeit und Suizidgedanken, fernöstlich mehr Angst, Unruhe und körperliche Depressions-Beschwerden. Letzteres findet sich zwar auch im Westen (vor allem bei Appetit und Schlaf), kann aber im Osten das Leidensbild dominieren. International gleich belastend sind besonders depressive Interesselosigkeit und Konzentrationsstörung.

Allein schon diese Differenzierungen zeigen die unterschiedlichen Wertigkeiten von Leidensbild und dann natürlich auch schwerpunktmäßig Therapie. Oder kurz: Kulturelle Hintergründe beeinflussen gleichermaßen zahlreiche Faktoren im therapeutischen Prozess von Behandler und Patient. Bei dem einen geht es um die Arbeitsweise, beim an-

deren um Wahrnehmung von Symptomen, die Schilderung von krankhaften Beeinträchtigungen und die Einstellung zum Behandlungsangebot.

Eine kultur-sensible Therapie mit Menschen aus nicht-westlichen Kulturen erfordert deshalb eine besondere Offenheit, Neugierde und kontinuierliche Reflexion der eigenen kulturellen Einstellungen. Wenn das gegeben ist, lässt es auch auf eine vergleichbare Wirksamkeit der Behandlung wie bei Patienten aus dem eigenen Kulturkreis hoffen.

Kulturelle Hintergründe

Hier beginnt das strategische Konzept des *Empowerment-Manuals für Menschen mit affektiven Erkrankungen und Migrationserfahrungen*. Beispiele: Schon im Rahmen der anamnestischen Erhebung (Vorgeschichte) sollten migrations-spezifische Aspekte unbedingt berücksichtigt und ausführlich exploriert werden. So liefert die gezielte Frage nach den Jahren, die im Heimatland verbracht wurden, nicht nur Informationen über kulturelle Werte, Traditionen und Haltungen (die in der weiteren Behandlung berücksichtigt werden sollten), sie fördert auch den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (interessiert sich für mich und meine Heimat). Und während in der Psychotherapie mit westlich sozialisierten Patienten der Schwerpunkt häufig auf der Förderung von Individualisierung und Autonomie liegt, kann sich in der migrations-therapeutischen Arbeit als hilfreich erweisen, verstärkt auf soziale Werte und Rollenerwartungen einzugehen.

Will heißen: Immer die kulturellen Hintergründe des Patienten im Auge behalten, nicht zuletzt bezüglich Familie und Gemeinschaft. Denn das sind kultur-spezifische Ressourcen, die vor allem in der Depressionsbehandlung hilfreich sind. Auch gilt es die Anstrengungen zu würdigen, die der Patient im neuen Land bereits geleistet hat, ergänzt durch die Risiken und Belastungen, die er durchleiden musste.

Bedeutsam ist auch die Bearbeitung von Krankheits-Entstehung und wirksamer Behandlung, je nach Nation. Denn während Patienten aus westlichen Kulturen häufig biologische Ursachen und stressvolle Lebensbedingungen als Erklärung für affektive Störungen heranziehen, wird die Erkrankung in nicht-westlichen Kulturen häufig auf morali-

sche Gründe zurückgeführt. Das will erläutert sein, und zwar unter den jeweiligen traditions-bestimmten gesellschaftlichen Gesichtspunkten.

Sprachliche Kommunikation

Und schließlich muss auch eine Hürde genommen werden, die jedem einleuchtet und die besonders im psychiatrisch-therapeutischen Bereich Probleme macht. Gemeint ist das entscheidende Kommunikationsmedium: die Sprache. Und zwar wiederum eingebettet in die jeweilige Kultur. Nun ist die sprachliche Kommunikation schon unter Landsleuten gleicher Herkunft nicht immer ohne Probleme, von psychotherapeutischen Hürden ganz zu schweigen. In vorliegender Konstellation aber ist mangelhafte Verständigungs-Möglichkeit ein Problem eigener Art, nicht zuletzt was Aufklärungspflicht und Patienten-Rechte betrifft. Deshalb drohen vor allem hier Fehldiagnosen und damit Behandlungsfehler – und führen erfahrungsgemäß dann auch eher zu unfreiwilligen Klinik-aufnahmen (wo das Sprach-Problem auch nicht leichter zu werden pflegt).

Bedeutsam ist auch der Umstand, dass mangelnde Verständigung dazu führen kann, dass krankheits-bedingte Verhaltensweisen, Äußerungen oder Probleme des Patienten fälschlicherweise als kultur-spezifische Verhaltensmuster, Werte und Normen interpretiert werden. Deshalb sind gerade hier erfahrene Dolmetscher besonders wichtig, die – je nach Ausbildung – von kulturellen Mediatoren über Patienten-Fürsprecher bis zu Co-Therapeuten reichen. Das ist übrigens selbst dann hilfreich, wenn der Patient ausreichend deutsch spricht, um sich im Alltag gut zurechtzufinden. Geht es aber um emotionale Erfahrungen, dann hat die Muttersprache natürlich weit mehr Informations-Gehalt, die dem Therapeuten dann nur über einen erfahrenen Dolmetscher verfügbar ist. Das Verbalisieren des eigenen Erlebens in der Muttersprache kann also das Selbstvertrauen eines Patienten mit Migrationshintergrund stärken, die Beteiligung am therapeutischen Prozess erhöhen und die Compliance (Therapietreue) fördern.

Ein Therapiemanual für Einzel- und Gruppensettings

Diese wenigen Hinweise beleuchten noch einmal die vielfältigen und durchaus komplexen Aufgaben und vor allem Schwierigkeiten in der Behandlung vor allem affektiver Er-

krankungen bei Patienten mit Migrations-Erfahrung. Hier hilft deshalb das Therapie-manual für Einzel- und Gruppensettings gezielt weiter, das von einer Experten-Gruppe von Psychiatern, Psychologen sowie Kinder- und Jugendpsychiatern mehrerer deutscher Universitätskliniken entwickelt wurde. Einige Stichworte der verschiedenen Module sollen das beleuchten: Wo kommen wir her, wo gehen wir hin? Herausforderungen aktiv angehen. Wege aus dem Schneckenhäuser. Mit Schmerzen umgehen. Ruhe finden. Bewältigungs-Kompetenzen, aber auch Entspannung erlernen. Gefühle – Wegweiser für unser Verhalten. Aggression – Mit Wut umgehen. Mit Angst umgehen – Mut schöpfen. Heimweh, Depression, Somatisierung, Schlafstörungen, Stress etc.

Die Sitzungen können von deutschsprachigen Behandlern durchgeführt und bei Bedarf von Dolmetschern begleitet werden. Entsprechende Informationen zum didaktischen und kultursensiblen Vorgehen ergänzen jedes Modul. Bedeutsame Hilfe: Handouts in Deutsch, Arabisch und Dari.

Ein interessantes Angebot für Experten, dem viel Erfolg zu wünschen ist. Nötig wäre es (VF).