

Adam, Hubertus

Seelische Probleme von Migrantenkindern und ihren Familien

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 58 (2009) 4, S. 244-262

urn:nbn:de:bsz-psydok-48895

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

ÜBERSICHTSARBEITEN

Seelische Probleme von Migrantenkindern und ihren Familien

Hubertus Adam

Summary

Mental Problems of Migrant Children and Their Families

Migration and flight often involve a change of culture and psychological traumatising, but do not necessarily lead to psychological problems in children and their families. However, depending on additional psychic and social stressors, they are more vulnerable. When they seek counselling or treatment, cultural adjustment and trauma are usually the subject. Children born in the country of origin or growing up in the host country in the following generations are confronted with ambivalent feelings regarding their own past and that of their parents, and must deal with both their own and their parent's hopes and expectations for the future. Depending on individual resources and coping strategies, they may develop psychological problems. Counselling services, psychotherapeutic institutions and schools are seldom sufficiently prepared or equipped for dealing with these children and families' concerns. This article describes the challenges they face.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 58/2009, 244-262

Keywords

migration – refugee – children – youth – school – reconciliation – coping

Zusammenfassung

Migration und Flucht, der damit oft verbundene Wechsel der Kultur bzw. die erlittene psychische Traumatisierung führen nicht zwangsläufig bei Kindern und deren Familien zu psychischen Auffälligkeiten. Die Betroffenen sind aber in Abhängigkeit zusätzlicher psychischer und sozialer Stressoren für solche anfälliger und bringen – kommen sie in Beratung oder Behandlung – diese Thematik meist in die Behandlung mit ein. Die Kinder, noch im Herkunftsland geboren, Flüchtlingskinder oder in den folgenden Generationen im Aufnahmeland lebend, sehen sich ambivalenten Gefühlen bezüglich der eigenen Vergangenheit bzw. der Vergangenheit der Eltern ausgesetzt und müssen sich mit eigenen Hoffnungen und Erwartungen hinsichtlich der Zukunft bzw. mit denen der Eltern auseinandersetzen. Sie können

in Abhängigkeit individueller Ressourcen und Bewältigungsstrategien psychische Probleme entwickeln. Beratungsstellen, psychotherapeutischen Einrichtungen und Bildungsinstitutionen sind im Umgang mit betroffenen Kindern und deren Familien oft nicht ausreichend ausgestattet und vorbereitet. Die Herausforderungen werden im Artikel beschrieben.

Schlagwörter

Migration – Flucht – Kinder – Schule – Versöhnung – Bewältigung

1 Migration und Flucht

Der Erste Weltkrieg und insbesondere die aus ihm folgende Neuordnung der politischen Landkarte bilden eine Zäsur in der europäischen Wanderungsgeschichte. Deutschland hat vier große Einwanderungswellen erlebt: Am Anfang des Jahrhunderts kamen Arbeiter aus osteuropäischen Ländern, insbesondere aus Polen, nach dem Zweiten Weltkrieg waren es die Flüchtlinge, die aus den abgetrennten Ostgebieten und der sowjetischen Besatzungszone – später DDR – nach Westdeutschland vertrieben wurden oder flohen – also in der Hauptsache interne Migranten –, in den 60er Jahren dann die Arbeitsmigranten aus den Ländern des südlichen und südöstlichen Europas. Seit den 70er Jahren kommen Flüchtlinge aus entfernten Ländern und fremden Kulturen: aus Südostasien, Lateinamerika, Westasien und vielen Teilen Afrikas. Sie alle gehören zur großen Gruppe derer, die freiwillig oder unfreiwillig von einem Kulturkreis in einen anderen gegangen sind und als Migranten bezeichnet werden.

Migration und Flucht sind also keine neuen Phänomene, auch wenn sie erst seit den frühen 70er Jahren als „neues“ Phänomen wahrgenommen werden und zu Gegenständen der medizinischen und psychologischen Forschung geworden sind (Walter u. Adam, 2008). Individuen, Familien und gesellschaftliche Gruppen werden von der natürlichen, gesellschaftlichen und politischen Umwelt beeinflusst und beeinflussen auch diese. Auch die Definition, was für gesund oder krank gehalten wird, ist von diesem Wechselspiel abhängig und unterscheidet sich zwischen den Kulturen. Kultur wird von Geertz (1994) definiert als ein im Wesentlichen innerhalb von Gruppen geschichtlich übermittelter Komplex von Bedeutungen und Vorstellungen. Diese Bedeutungen und Vorstellungen treten, wie Geertz (1994) es nennt, in symbolischer Form zu Tage und ermöglichen es den Menschen, ihr Wissen über das Leben und ihre Einstellung zur Welt einander mitzuteilen, zu erhalten und weiterzuentwickeln.

Migration und der damit oft verbundene Wechsel der Kultur bzw. Konfrontation mit unbekannter Kultur führt nicht zwangsläufig zu psychischen Störungen, die Migranten werden aber, abhängig von sozialen Stressoren, anfälliger für solche als Nicht-Migranten. Die Internationale Organisation für Migration (IOM) weist in ihrem Gesundheitsbericht 2003 darauf hin, dass die Gesundheitsgefährdung durch bzw. nach Migration abhängig ist von „migration motives, duration of the stay in the host community, language and cul-

tural barriers, legal status, family situation, and a person's predisposition to psychological problems" (International Organization for Migration, 2004, S. 19). Für die Erklärung von Wechselwirkungen zwischen Migration und psychischer Auffälligkeit werden immer wieder Phasenmodelle herangezogen.

1.1 Definition: Migranten- bzw. Flüchtlingskind

Die Psychoanalytiker Grinberg und Grinberg (1990, S. 14) definieren Migration als „den Akt und die Wirkung des Übergangs von einem Land zum anderen mit dem Ziel, sich in diesem niederzulassen“. Durch eine derartige Einbeziehung der Auswirkungen von Migration in eine Definition gewinnen neben der reinen geografischen Veränderung des Wohnortes psychologische und soziologische Prozesse an Bedeutung. Dieser prozessorientierte Ansatz der Definition von Migration findet sich in der Definition des Deutschen Bundestages wieder, der Migration als einen sozialen Prozess definierte, dessen Spektrum „von der schrittweisen und unterschiedlich weit gehenden Ausgliederung aus dem Kontext der Herkunftsgesellschaft bis zur ebenfalls unterschiedlich weit reichenden Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft einschließlich aller damit verbundenen sozialen, kulturellen, rechtlichen und politischen Bestimmungsfaktoren und Entwicklungsbedingungen, Begleitumstände und Folgeprobleme“ reicht (Deutscher Bundestag, 2000, S. 16). Diese heute weitgehend akzeptierte Definition von Migration bezieht allerdings die von Grinberg und Grinberg (1990) ebenfalls als wichtig erachteten emotionalen und beziehungsrelevanten Veränderungen des Einzelnen und die dadurch entstehenden Rückwirkungen auf andere nicht mit ein.

Ein Migrantenkind ist also ein Kind bis 18 Jahre, dessen familiäre Biografie durch länger andauernde Mobilität über eine nicht unerhebliche Entfernung gekennzeichnet ist, welches mehr oder weniger von der Herkunftsgesellschaft aus- und von der Aufnahmegesellschaft mehr oder weniger eingegliedert ist und das dadurch unter ungünstigen Umständen eventuell lebenslang andauernde ambivalente Gefühle hinsichtlich Zugehörigkeit und Rückkehr hat, die entsprechend dem jeweiligen Entwicklungsstadium differieren können. Wenn das Kind oder seine Eltern darüber hinaus Krieg, Bürgerkrieg oder andere Formen „organisierter Gewalt“ erlebt haben, und das Kind oder die Familie aufgrund dessen die angestammte Heimat verlassen mussten, handelt es sich um ein Flüchtlingskind.

1.2 Wechselwirkungen zwischen psychischer Gesundheit und Migration

In ihrer Arbeit zur Psychologie der Migration von Erwachsenen sieht Leyer (1991) in dem Konflikt, die Heimat bzw. das Aufnahmeland zu idealisieren bzw. abzulehnen, eine wesentliche Ursache der bei Migranten häufig auftretenden psychischen Auffälligkeiten wie Ängstlichkeit oder Depressivität. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass unbearbeitete Trauer und Folgen von Trennungen nach Jahren des Aufenthalts in der neuen Umgebung zur Entstehung von Depressivität führen können. Weiss (2003), die die psychischen Folgen von Migration ebenfalls an erwachsenen Mi-

granten in der Schweiz untersucht hat, sieht als auslösenden Faktor den Identitätskonflikt, der entstehen kann, wenn die Suche nach Kontinuität und Anpassung in der Phase der Neuorientierung in der neuen Gesellschaft misslingt.

In ihrer großen Übersicht zur psychischen Gesundheit von Migranten stellt Weiss (2003) Hypothesen auf, wie Wechselwirkungen zwischen psychischer Gesundheit und Migration verstanden werden können. Sie fasst die Hypothesen in folgenden sechs Themengruppen zusammen:

- prä migratorische Selektion (Migrationsbeginn in Abhängigkeit von Gesundheit);
- sozialer Status (das postmigratorische Erkrankungsrisiko korreliert positiv mit sozialer Marginalisierung);
- Anomie (Diskrepanz zwischen erwartetem und erreichtem sozialen Aufstieg als Ursache postmigratorischer Beschwerden);
- Integration (psychische Beschwerden in Abhängigkeit von der Anpassungsleistung);
- interne und externe Ressourcen (Kontrollüberzeugung und ökonomische Integration als Faktoren für die Verminderung des Erkrankungsrisikos);
- Medikalisierung (wenn Vertreter des Gesundheitssystems davon überzeugt sind, dass Medikamente bei der Behandlung psychosozialer Probleme einen großen Nutzen haben, werden soziale Konflikte, von denen Migranten besonders betroffen sind, oft fehlinterpretiert).

1.3 Vor und nach dem Ankommen

Enttäuschte Erwartungen in der Heimat, Abgrenzung gegen eine nicht ausreichend Halt gebende Herkunftskultur oder Rückzug aus ihr und die Suche nach Entwicklungsmöglichkeiten sind nach Slutzki (1979) typisch für die Phase vor der Migration. Ein wesentliches Motiv für die Migration besteht für Eltern oft darin, den Kindern eine „bessere Zukunft“ zu ermöglichen. Weitere Gründe sind Versuche, soziale Konflikte oder individuelle Identitätskrisen durch Ortsveränderung und Veränderung des sozialen Kontextes zu lösen. Die Informationen über das Zielland sind – trotz der modernen Informationsmöglichkeiten – oft unzureichend. Zuvor ausgewanderte Menschen übermitteln darüber hinaus häufig in die Heimat ein besseres Bild des Aufnahmelandes, als es ihrer Erfahrung entspricht. Manchmal geschieht dies aus dem Wunsch heraus, das Selbstwertgefühl dadurch zu erhalten, sich und anderen das Scheitern des eigenen Migrationprojektes nicht eingestehen zu müssen, manchmal „um denen zu Hause keine zusätzlichen Probleme oder Sorgen zu bereiten“ (eigenes Patientenzitat).

Kocijan-Hercigonja (1998) untersuchte psychopathologische Auffälligkeiten bei Flüchtlingskindern aus Bosnien nach ihrer Flucht in Kroatien und beschrieb die erste Phase als eine, in der das Kind bisher unbekanntem Situationen begegnet, z. B. Gewalttätigkeiten, eigener Verletzung oder Verletzung anderer, Trennung von Bezugspersonen, Flucht. In dieser Phase können akute posttraumatische Störungen auftreten mit Ängsten, z. B. Trennungsängsten, Verweigerung der Nahrungsaufnahme, verändertem Gefühlsleben, z. B. Traurigkeit, häufigem Weinen und einem allgemeinen Gefühl der Verunsiche-

zung. Slutzki und Kocijan-Hercigonja heben demnach hervor, dass eine neue Situation für die Kinder und Familien nicht erst im Aufnahmeland beginnt, sondern der Prozess bereits in der Heimat seinen Anfang nimmt.

Durch das Zusammentreffen mit der neuen Kultur im Aufnahmeland verändern sich fast immer familiäre Rollen und Hierarchien, was insbesondere von den Eltern meist nicht vorhergesehen wird. Migration und Flucht führen zu Veränderungen des familiären Lebenszyklus und der familiären Utopie sowie zu neuen Anpassungs- und Bewältigungsaufgaben, aber es entstehen auch Wünsche für die Zukunft. Diese Wünsche sind oft auch Abwehr- und Bewältigungsversuche der Hilflosigkeit, Desorientierung, Abhängigkeit und Sprachlosigkeit in der neuen Umgebung. Gerade in der Phase nach dem Ankommen in der neuen Gesellschaft können die geschilderten Bedingungen die Betroffenen allerdings auch motivieren, gegen diese anzugehen. Gerade Eltern können sich selbst nach Grinberg und Grinberg als „Helden“ verstehen oder, wegen entstehender Schuldgefühle, als „Abtrünnige“ (Grinberg u. Grinberg, 1990, S. 184). Diese Schuldgefühle gegenüber den Zurückgebliebenen sowie die Wut auf das Land, welches man hat verlassen müssen, können zu Spannungszuständen oder aggressivem Verhalten führen, so dass die Integration im Aufnahmeland erschwert wird und es zur gegenseitigen Ablehnung zwischen Aufnehmenden und Ankommenden kommen kann. Die Ablehnung im Aufnahmeland führt dazu, dass eigene Schuldgefühle sowie Wut auf das Heimatland nicht wahrgenommen, sondern diese Gefühle gegenüber dem Aufnahmeland empfunden werden. Dieses ist dann kein rettender Ort mehr, sondern selbst Ursache allen Übels. Das Heimatland wird dabei idealisiert, und die Migranten und Flüchtlinge bemühen sich, sich selbst und ihre Kinder vor den ihrer Meinung nach schädigenden Einflüssen der neuen Umgebung zu schützen. Eltern haben oft Angst vor der „Germanisierung“ (Riedesser, 1988, S. 48) ihrer Kinder und reagieren dann mit verstärkter Akzentuierung ihrer traditionellen Erziehungsstile. Diese versagen oft in der veränderten Umwelt und insbesondere die Migranten, die Kinder haben, geraten dann in eine zusätzliche Phase der Frustration und Unsicherheit (Slutzki, 1979). Hettlage-Varjas und Hettlage führten 1984 aus, dass Migration dazu führe, dass gewohnte Sicherheiten nicht vorhanden sind und besondere Anpassungsleistungen erforderlich werden, auf die die Migranten nicht vorbereitet sind. Die Autoren beschreiben, dass so für die Migranten eine subjektive „Welt“, eine so genannte „kulturelle Zwischenwelt“ (Hettlage-Varjas u. Hettlage, 1984) entsteht.

Wird die Migration nicht freiwillig unternommen, befinden sich gerade die Flüchtlingskinder, die oft auch noch nicht so lange in Deutschland sind, dann in dieser nur subjektiv vorhandenen Zwischenwelt, die weder die der Eltern ist, noch die der aufnehmenden deutschen Gesellschaft (Adam, 1999). Die Kinder versuchen sich beiden Seiten anzupassen und deren einander oft widersprechenden Anforderungen gerecht zu werden. Diese Kinder und Jugendlichen haben Hoffnungen in die Migration bzw. Flucht gesetzt. Sie sind jedoch oft nicht in der Lage, die vorgefundenen Lebensbedingungen so für sich zu nutzen, dass sie eine Lebensperspektive erkennen können. Es entsteht für sie eine Zwischenwelt, geprägt von ambivalenten Gefühlen und Wün-

schen: Einerseits wollen sie in die Heimat zurückkehren, können dies aber wegen der Umstände nicht, andererseits wollen sie in Deutschland bleiben, haben aber hier keine Perspektive. Die innere Zwischenwelt korrespondiert dann oft mit einer von der Aufnahmegesellschaft konstellierte äußeren: Leben in Asylbewerberheimen mit Lebensmittelmarken, Separation von der Aufnahmegesellschaft (s. u.), ausländerrechtliche Problematiken oder Arbeitsbeschränkungen für die Eltern. Diese gegensätzlichen Wünsche und Gefühle sind psychisch nur schwer zu integrieren und können eine Belastung zusätzlich zu den sozialen und rechtlichen Problemen der Flucht bzw. des Integrationsprozesses darstellen. Kocijan-Hercigonja beschrieb, dass sich in der Phase des Ankommens im Exil in vielen Fällen bereits bestehende posttraumatische Belastungsstörungen verschlimmerten und aggressives Verhalten, depressive Verstimmungen oder Kommunikationsstörungen auftraten (Kocijan-Hercigonja, 1998).

1.4 Der Prozess der Akkulturation

Die sozialen und psychischen Veränderungen, die bei Immigranten und aufnehmender Gesellschaft entstehen, werden nach Berry (1991) als Akkulturation bezeichnet. Nach seiner Auffassung gibt es vier Möglichkeiten der Akkulturation: Wenn in einer Gesellschaft Immigranten ihre eigene kulturelle Identität bis zu einem gewissen Grade beibehalten und mit der aufnehmenden Gesellschaft interagieren, spricht er von Integration. Wenn in einer Gesellschaft kaum Kontakt zwischen aufnehmender Gesellschaft und Immigranten besteht, diese aber an der eigenen kulturellen Identität festhalten, nennt Berry dies Separation. Als Assimilation bezeichnet er, wenn die eigene Kultur abgelehnt wird und verstärkt Beziehungen zur neuen Gesellschaft aufgebaut werden. Bestehen weder Beziehungen zur aufnehmenden Gesellschaft noch Bezüge zur eigenen kulturellen Identität, sind die Immigranten in einer Gesellschaft marginalisiert (Berry, 1986, 1991; Berry u. Sam, 1997). In Abbildung 1 sind diese Akkulturationsstrategien dargestellt.

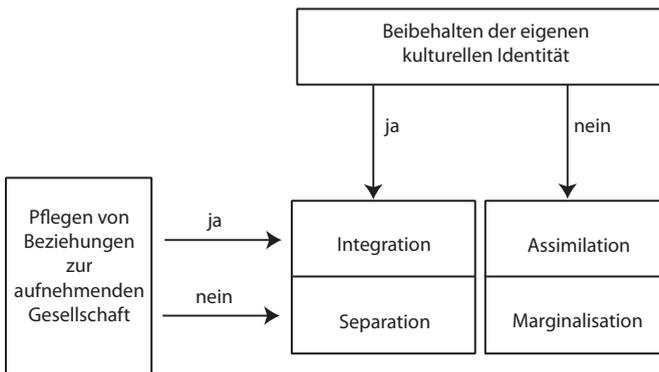


Abbildung 1: Möglichkeiten der Akkulturation in einer Gesellschaft, nach Berry (1986, S. 28)

Die Art der Akkulturation innerhalb einer Gesellschaft ist nicht nur von den Migranten selbst abhängig. Sie wird von der Ideologie und der Zuwanderungspolitik der aufnehmenden Gesellschaft stark beeinflusst, die entweder die kulturelle Verschiedenheit toleriert und damit die Integration bevorzugt, oder sich für die Dominanz der eigenen Kultur entscheidet und eine Assimilation der Migranten verlangt. Akkulturationsstress entsteht nach diesem Modell dann, wenn Verhaltensänderungen eigentlich notwendig wären, sie aber subjektiv aus unterschiedlichen Gründen nicht angemessen erscheinen oder objektiv nicht möglich sind z. B. im Rahmen der strukturellen Separation von Asylbewerbern in der Aufnahmegesellschaft. In der Folge können psychische und psychosomatische Störungen auftreten.

Besonders Flüchtlingskinder waren zuvor häufig psychischen Belastungen außerhalb des normalerweise zu Erwartenden ausgesetzt, in deren Folge sie – manchmal Jahre später im Exil – viele der bekannten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder entwickeln können. Schon Beobachtungen von Freud und Burlingham 1943 und 1944 an Kindern, die während der Bombardierung Londons von ihren Eltern getrennt und zur Sicherheit aufs Land gebracht wurden, gaben erste wissenschaftliche Hinweise auf psychische Traumatisierungen bei Kindern im Krieg. Die Autoren hatten ungewöhnliche Verhaltensweisen bei den sehr kleinen Kindern beobachtet und diese als Trauerreaktionen auf die durch den Krieg ausgelöste Trennung interpretiert. Zahlreiche Publikationen sind seit den Beschreibungen von Anna Freud erschienen (zur Übersicht siehe Barenbaum et al., 2004; Fazel u. Stein, 2002; Jensen u. Shaw, 1993; Keyes, 2000; Lustig et al., 2004).

Nach Kocijan-Hercigonja kehren Flüchtlingskinder in dieser dritten Phase zurück in ihre Herkunftsregion oder sie bleiben endgültig in der neuen Umgebung. In dieser Phase kommt es oft zu einer weiteren Verschlimmerung bestehender Symptomatik. „Durch die Rückkehr wird ein Kind wieder mit dem konfrontiert, was es vielleicht verdrängt und vergessen hat, und es muss oft auch feststellen, dass die Realität anders ist als erwartet. Die Häuser sind zerstört, Freunde sind nicht mehr da, und diejenigen, die geblieben oder auch wieder zurückgekommen sind, haben sich verändert“ (Kocijan-Hercigonja, 1998, S. 181; Walter, 1993).

Flüchtlingskinder, die nach Deutschland kamen und blieben, erlebten ebenfalls ein hohes Ausmaß an Gewalt. Als Auswirkung wurden bei ihnen hohe Werte für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und für Depression gefunden, wie die Ergebnisse einer Studie an Hamburger Schulen ergaben (Adam, 2007). Diese Werte lagen insbesondere für PTSD erheblich über dem Durchschnitt von gleichaltrigen Deutschen. Sowohl in dieser Studie als auch in Untersuchungen über Kindersoldaten (Bayer, Klasen, Adam, 2007) gewinnt allerdings die Frage nach der Versöhnungsfähigkeit der traumatisierten Kinder und Jugendlichen und somit die Frage nach der Reintegration in die Gesellschaft zunehmend an Bedeutung. Viele von ihnen hatten Schreckliches erlebt. Einige waren voller Hass, hegten Rachegefühle und wollten in ihr Heimatland zurückgehen und kämpfen, „bis kein Taliban mehr lebt“ (Patientenzitat: Junge, Afghanistan, 10 Jahre). Andere aber schienen die schweren Belastungen anders zu verarbeiten:

Sie setzten sich mit dem ehemaligen Gegner auseinander und formulierten schwer erfüllbare Wünsche: „Ich habe hier den Frieden gelernt und will ihn nach Hause tragen“ (Patientenzitat: Junge, Bosnien, 15 Jahre). Manche Patienten äußern auch den Wunsch, die Belastung nicht nur als etwas Zerstörerisches zu erleben; sie möchten mit ihrer Erfahrung dazu beitragen, dass es anderen Kindern „nicht so ergeht wie mir“. Therapeuten sind bei Flüchtlingskindern aufgefordert, nach Ressourcen zu suchen, die es ermöglichen, sich mit dem ehemaligen Gegner (unabhängig davon, ob als solche bekannte Individuen, z. B. Nachbarn benannt werden oder Gruppen z. B. „die Soldaten“) zumindest so zu arrangieren, dass eine psychische Weiterentwicklung des Kindes erleichtert wird. Gefühle von Wut und Hass sowie ein Wunsch nach Rache können sicherlich als Bewältigungsmechanismen nach traumatisierenden Erlebnissen im Krieg zur psychischen Stabilisierung beitragen. Bestehen diese Gefühle aber über längere Zeit und beherrschen sie sogar die Gefühlswelt, können sie dadurch dysfunktional werden, dass die Kinder und Jugendlichen Vergangenes nicht reflektieren und Zukunftspläne entwickeln, sondern aggressive Verhaltensweisen z. B. in der Schule zeigen.

Oft fällt es gerade Flüchtlingskindern schwer oder es ist ihnen unmöglich, bei psychischer Belastung des Individuums oder der Familie auf früher verfügbare Ressourcen und Kompetenzen, z. B. traditionelle Heilmethoden oder soziale Bewältigungsstrategien (z. B. Einholen von Ratschlägen bei Autoritäten), zurückzugreifen. Das Urvertrauen in die scheinbar omnipotenten Eltern und deren Schutz ging verloren, die Eltern, selbst traumatisiert, haben oft wenig inneren Raum für die Gefühlswelt ihrer Kinder, sie sprechen oft nicht mehr dieselbe Sprache und Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse werden nicht angesprochen, um die Eltern zu schonen oder die Kinder zu schützen. So entsteht eine „Mauer des Schweigens“ innerhalb der Familie (Bar-On, 1996). Die Bewältigung von psychischer Belastung ist daher erschwert und eine Trauerarbeit um den Verlust des „guten Alten“ oft unmöglich. Hoher Anpassungsdruck, Angst sowie die Verleugnung der Ängste tragen zu psychischen Beschwerden bei. Unabhängig vom zukünftigen Aufenthaltsort sind aber die Kinder und Jugendlichen, die schon in Deutschland sind, die hier geboren wurden und Wurzeln in die Heimatregion ihrer Eltern haben, mögliche „Mittler“ zwischen den Welten. Insbesondere bei der Entwicklung ihrer oft verarmten Herkunftsregionen könnten sie – wenn sie in der Fähigkeit, sich mit den dortigen Konflikten in nicht gewalttätiger Form auseinanderzusetzen, gestärkt werden – eine wichtige Rolle spielen. Eine Aufdeckung dieser Fähigkeit, eine Förderung gar, hätte dann eine friedensfördernde Wirkung.

2 Fallbeispiel David¹

Der gerade 17 Jahre alt gewordene David kam mit einer potenziell letalen Dosis verschiedener Antiphlogistika, die er in suizidaler Absicht eingenommen hatte, zur Not-

¹ Name geändert.

fallaufnahme und wurde dort zwei Tage intensivmedizinisch behandelt, bevor er auf der jugendpsychiatrischen Station aufgenommen wurde. David, ein groß gewachsener, muskulöser und sich betont im Military Look kleidender Jugendlicher, berichtete dort, dass er auf eigene Faust nach Paris gefahren sei, um dort seine Lehrerin, in die er sich verliebt habe und die kurz zuvor von seiner Schule an eine in Paris gewechselt sei, zu treffen. Nachdem er sie aber von weitem in Begleitung eines anderen Mannes gesehen habe, sei er, ohne sie angesprochen zu haben, wieder abgereist. Zwei Tage später zu Hause habe er sich sehr allein gefühlt, sich in mehreren Apotheken die Tabletten besorgt und diese schließlich eingenommen und sich Schlafen gelegt. Seine Mutter habe die leeren Packungen gesehen und den Notarzt hinzugezogen.

Die Eltern berichteten im Anamnesegespräch, dass sie als malaysische Christen aus dem Großraum Manila (Philippinen) stammten und kurz vor der Geburt von David, die Mutter sei schon schwanger gewesen, nach Deutschland gekommen seien. Beide als Pflegepersonal im Gesundheitswesen angeworben, hätten sie eine Anstellung im Krankenhaus und ein „gutes Auskommen“. David sei ihr einziges Kind. Hinsichtlich der Verbindung in die Heimat berichteten sie, dass sie sehr oft den Urlaub auf den Philippinen verbracht hätten und insbesondere die Mutter sehr an ihrem Vater, einem General der Armee, hänge, dem sie auch immer wieder habe versichern müssen, dass die Migration erfolgreich gewesen sei. Man habe sich auch schon „vor langer Zeit“ entschlossen, in Deutschland zu bleiben, nachdem zuvor überlegt worden sei, wieder zurückzukehren. Auf Nachfrage, wann denn die Entscheidung gefallen sei, gaben sie als Zeitraum das Jahr vor dem Suizidversuch des Sohnes an. Von der „Schwärmerei“ ihres Sohnes zur Lehrerin hätten sie zwar gewusst, es aber nicht so ernst genommen. Das Verschwinden von David habe sie in große Ängste gestürzt, es sei auch nach ihm gefahndet worden, hinsichtlich des Suizidversuches waren sie allerdings völlig verständnislos. Dem Behandlungsteam gegenüber waren die Eltern eher zurückgezogen, schüchtern, wirkten überangepasst, zeigten ein sehr harmonisches Familienbild und sahen die Probleme allein „in der Schule“ und in „schlechtem Umgang“ dort.

Konnte David vom Setting auf der psychotherapeutisch ausgerichteten Jugendstation profitieren, gestaltete sich die Arbeit mit der Familie schwierig. Zunächst musste, in der Akut- und Aufnahmesituation aufgrund der Aufregung auch nach 17 Jahren Aufenthalt der Eltern in Deutschland ein Dolmetscher hinzugezogen werden, erst später konnten Familiengespräche ohne Dolmetscher stattfinden, wobei David seine hervorragende Bilingualität ausnutzte, um Therapeuten gegen die Eltern auszuspielen, z. B. hinsichtlich Besuchs- und Ausgangsregelungen. Familiendynamisch waren insbesondere bei der Mutter Ängste von Bedeutung, ihrem Vater gegenüber nicht bestehen zu können, woraus erhebliche Erwartungen an das „Funktionieren“ ihres Sohnes resultierten. Davids Vater, enttäuscht von eigenen Karriereplänen in Deutschland, hatte innerhalb der Familie eine schwache Position inne, konnte keine Grenzen und Strukturen setzen und bagatellisierte, ebenso wie die Mutter, die Kommunikations- und Beziehungsproblematik innerhalb der Familie. David, nicht zuletzt wegen der sozialen Bedingungen der im Schichtdienst arbeitenden Eltern, häufig nach Schule und Hort allein gelassen, verherrlichte einerseits

die vom Großvater vorgelebten autoritären Strukturen in den Philippinen, lehnte sich aber andererseits gegen die von den Eltern in Deutschland mühsam gehaltenen Traditionen auf und versuchte diesen zu entfliehen.

In dem mehrere Wochen dauernden Verlauf konnte mit dem Jugendlichen seine Ambivalenz den Eltern und deren Heimat gegenüber thematisiert und in Familiengesprächen die Eltern für seine Problematik und die der Familie sensibilisiert werden. Themen waren dabei insbesondere die Abhängigkeit der Mutter von ihrem Vater, die von der Mutter so benannte Schwäche des Vaters von David und der Suizidversuch von David, der als persönlicher Zusammenbruch des Selbstwertgefühles sowohl von David selbst, als auch von den Eltern mit enormen Scham- und Schuldgefühlen behaftet war. Eine Entlassung in eine schließlich erfolgreich verlaufende ambulante Behandlung konnte erfolgen, nachdem kulturtypische aber auch familienspezifische Beziehungs- und Kommunikationsmuster besprochen werden konnten, überzogene Bildungserwartungen an den Sohn als typisch für Erstgenerationsmigranten an die Realität angeglichen werden konnten und David in seiner beruflichen Entwicklung mehr Freiraum erlangte. Nach seinem Abitur wollte er, wie er bei der Entlassung aus dem stationären Setting mitteilte zunächst „viel reisen“ und später „vielleicht Lehrer“ werden.

3 Herausforderungen

3.1 Diagnostik

Im Erstkontakt mit dem Kind oder der Familie sind Art und Ausmaß der Erfahrung von belastenden Situationen vor, während und nach der Migration bzw. Flucht ebenso zu erheben, wie protektive Faktoren und familien- oder kulturspezifische Bewältigungsstrategien. Insbesondere ist die persönliche Bilanz der Migration bzw. der Flucht ein für die Familie wichtiges Thema, wie im Beispielfall. Neben dem finanziellen Druck, die Heimat zu verlassen, spielte in diesem Fall der Wunsch der Mutter, sich vom übermächtigen General, dem Vater, abzulösen, eine wichtige Rolle. Die Depression des Ehemannes, deren Ursache die Mutter in der Migration sah und die dazu führte, dass er für den Sohn ein schwacher Vater war, trübte z. B. die Bilanz der Migration aus der Sicht der Mutter. So waren beide Eltern zeitweise für eine Rückkehr, setzten diese aber nie um und hielten diesen Konflikt über Jahre aufrecht.

Zusätzlich ist bei Migranten zu fragen, wie die primären Bezugspersonen vor, während und nach der Migration insbesondere in der Beziehung zu den Kindern reagiert haben und ob es ein Auftreten von neuen oder bereits früher vorhandenen Symptomen, oder einen Symptomenwandel bei den Eltern oder den Kindern gab. Auch spielt die Frage von schuldhaftem Verarbeiten der Lebensereignisse oder gar eigener Täterschaft (Kindersoldat) häufig eine Rolle, wie auch die Frage, ob überhaupt die Migration mit den psychischen Symptomen in Verbindung gebracht wird oder nicht. Ferner ist Kenntnis über die emotionale Erreichbarkeit der Eltern für die Kinder in

der Zeit der Planung der Migration wichtig, ebenso wie über die Umstände des eigentlichen Migrations- bzw. Fluchtwegs und über die ausgesprochenen und unbewussten Delegationen von den Eltern an die Kinder. So war es unausgesprochen der Wunsch der Mutter an David, ein „großer starker Mann“ zu werden, wie sie es später ausdrückte. So als ob dieser starke Mann den General von den Philippinen in Deutschland ersetzen könnte. Dieser Wunsch der Mutter brachte David auch deshalb in zusätzliche Konflikte, da er vom Vater eher gegenteiliges hörte, nämlich sich unauffällig anzupassen.

3.2 Dolmetscher

Ein wesentlicher Unterschied in Diagnostik und Therapie liegt bei der Behandlung von Migranten- und Flüchtlingskindern und Familien im Gegensatz zu der Behandlung von einheimischen Kindern in der Hinzuziehung von Dolmetschern: Selbst nach langjährigem Aufenthalt ist es für die Eltern nicht selbstverständlich, Deutsch zu sprechen. Hinzu kommt die ungewohnte Atmosphäre in einer Beratungsstelle, in der Praxis oder gar im Krankenhaus in einer Notfallsituation wie im dargestellten Beispielfall. Die Kinder und Jugendlichen selbst sprechen hingegen, da sie im Kindergarten, der Schule und auf der Straße meist mehr mit Deutschen in Kontakt sind als ihre Eltern, oft besser Deutsch als diese.

Der Einsatz von Dolmetschern in Diagnostik, Beratung und Psychotherapie ist für alle beteiligten Personen eine Herausforderung, insbesondere eine an Logistik, finanzielle Ressourcen und therapeutisches Geschick innerhalb der behandelnden Institution. So wie die Adoption eine gute Lösung für den Konflikt „ungewolltes Kind und kinderloses Paar“ ist, ist der Einsatz von Dolmetschern eine sinnvolle Lösung, die Sprachbarriere im therapeutischen Prozess zu überbrücken. So wie eine Adoption Chancen und Risiken birgt, so kann der therapeutische Prozess mit Dolmetscher gelingen oder fehlschlagen, per se ist dieser Einsatz jedoch nicht negativ sondern initiiert einen Prozess, der anders ist als der gewohnte. So entstehen Unsicherheiten und Missverständnisse. Wie beim Prozess der Adoption, der auch nicht mit dem Einzug des Kindes in die Wohnung der Adoptiveltern abgeschlossen ist, geht es im therapeutischen Prozess mit Dolmetscher um ein Herantasten, Abstimmen, Aufklären und gegenseitige Rücksichtnahme. Vielfach hindern logistische (ist der richtige Dolmetscher zur richtigen Zeit am richtigen Ort) und finanzielle Probleme den Beginn des Prozesses. Hier haben es große Institutionen einfacher. Können sich einzelne Praxen bzw. Beratungsstellen zum Beispiel einen fachlich geprüften ad hoc Dolmetscherdienst nicht finanzieren oder übernehmen Krankenkassen oft die Finanzierung nicht, so können derartige Prozesse unmöglich werden. Andererseits führen festangestellte bilinguale Co-Therapeuten dazu, dass Migrantengruppen diese spezifische Anlaufstelle aufsuchen (Scheper u. Toker, 2008).

Neben dem rein technischen sprachlichen Transfer und der Kulturvermittlung beinhaltet aber allein das Angebot, einen Dolmetscher hinzuzuziehen, den Versuch, den Patienten zu halten. Vielfach sind z. B. Eltern in einer Notfallsituation schon dankbar,

wenn man sich beim Verstehen ihrer Situation Mühe gibt, dass heißt Zeit nimmt und zumindest fragt, ob sie einen Dolmetscher bräuchten. Dies kann dann in der Not mit Hilfe von hinzugezogenem muttersprachlichem Hilfspersonal gehen, oder aber, ist kein Dolmetscher zur Verfügung, mit „Händen und Füßen“. Wichtig ist, dass sich die Patienten in der ersten Begegnung aufgenommen fühlen. Eine kompetente Sprachvermittlung muss allerdings sobald als möglich zur Verfügung gestellt werden.

Bei einer geplant durchgeführten Sitzung mit Dolmetscher sollte der Therapeut als Gesprächsleiter den Dolmetscher den Patienten vorstellen, ihnen Raum für den Austausch von Höflichkeiten und die Abfrage der gemeinsamen Basis lassen und ihn dann im Beisein der Patienten über seine Schweigepflicht instruieren und ihn bitten, auch diese Instruierung zu übersetzen. Dann wird abgefragt, ob die Patienten mit dem Dolmetscher einverstanden sind – gerade bei kleineren Migrationsgemeinden kennt man sich oft untereinander, was zur Ablehnung führen kann – und ob sich die Beteiligten auch verstehen. Ferner muss die Art des Dolmetschens erklärt werden, bewährt hat sich dabei die konsekutive Methode, bei der kurze gesprochene Sequenzen im Anschluss übersetzt werden. Insbesondere Kinder, die in der Sitzung Deutsch sprechen möchten, müssen darauf hingewiesen werden, dass entweder für sie übersetzt werden muss oder sie es selbst vornehmen müssen. Der Therapeut hat dabei auch die Aufgabe, Redefluss abzukürzen und auf den Prozess des Dolmetschens immer wieder hinzuweisen.

Dolmetscher sind aber nicht nur Übersetzer der Sprache, sie helfen beim Suchen nach Metaphern, erklären Sprichworte und tragen zum Verständnis von Handlungen und Wahrnehmungen bei. Sie müssen einerseits aus- und weitergebildet werden, damit sie sich im komplizierten Setting der Übersetzung im Psychotherapeutischen Rahmen zu Recht finden, sie benötigen aber auch den Schutz des therapeutischen Teams. So sollte für sie Supervision ebenfalls selbstverständlich sein, wie die Entbindung von Verpflichtungen jenseits der Übersetzung. Oft haben Patienten Erwartungen an die Dolmetscher, dass diese ihnen auch nach dem Gespräch helfen, da sie Landsleute sind, die es in den Augen der Patienten geschafft haben, sich nahezu perfekt anzupassen.

3.3 Leitsymptome

Spezifische Leitsymptome existieren bei Migrantenkindern nicht, eher müsste allgemein bei psychisch auffälligen Kindern anamnestisch genau erhoben werden, ob Migration in der Ätiologie nicht eine Rolle spielt. Alle psychotherapeutischen Schulen, gleich welcher Richtung, weisen heute der frühen Kindheit eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von psychopathologischen Symptomen zu (Resch, 1996). Auf jeder Alterstufe muss das Kind bzw. der Jugendliche bestimmte Entwicklungsaufgaben erfüllen. Das Erkennen des biologischen, affektiven, kognitiven und sozialen Entwicklungsstandes sowie der „Konstellation der protektiven Faktoren und Risikofaktoren“ (Resch, 1996, S. 3) ist daher insbesondere zur Einschätzung von Entwicklungschancen und -risiken nach vorheriger Belastung – wie sie die Migration darstellen kann, aber nicht muss – erforderlich. Eventuell entstehende psychopathologische Phänomene bei Kindern müssen auch

nach Belastungen als multimodales und multikausales Geschehen interpretiert werden. Ein Kind ist aber den psychosozialen und biologischen Entwicklungseinflüssen nicht nur ausgeliefert, sondern das Kind „erhöht auch durch aktive Wahl und initiativen Zugang die Wahrscheinlichkeit, bestimmten Entwicklungseinflüssen mehr oder weniger ausgesetzt zu sein“ (Resch, 1996, S. 191). Migrantenkinder sind oft, aber nicht immer, vor, während und nach der Migration psychischen Belastungen ausgesetzt. Sie entwickeln spezifische Anpassungs- und Copingstrategien, die zeitweilig funktional im Sinne einer Entwicklungsförderung sein können, aber auch zu einer Verschleierung bzw. Chronifizierung einer tiefer liegenden Störung führen kann. Zu beachten ist ferner, dass auch bei psychisch weniger stark belasteten Kindern und Familien erst nach der Migration Bewältigungsstrategien dekompensieren können und eine Symptomatik sichtbar wird.

Häufige Symptome psychisch belasteter Migrantenkinder sind sozialer Rückzug, Ängste, Schlafstörungen, unklare Schmerzen, Dissoziationen, Enuresis, Enkopresis (Poustka, 1984) sowie Schulprobleme und Suizidalität (Storch u. Poustka, 2000; Steinhäuser u. Remschmidt, 1982). Ferner müssen nach dem Erleben von „man-made-desaster“ bei forcierter Migration bzw. Flucht, Störungen berücksichtigt werden, die daher rühren, dass das Vertrauen in die „Welt“ und in das „Selbst“ erheblich gestört wurde. Es resultiert daher häufig eine Unfähigkeit zur Beziehungsaufnahme, allgemeines Misstrauen, eine Hemmung der Fantasie und des Spiels, regressives Verhalten oder eine Überanpassung an die neue Umwelt. Verhaltensmodelle von Eltern werden in Zeiten der äußeren Veränderung oft unreflektiert übernommen und psychische Symptome unbewusst nachgeahmt. Kindern werden von den Eltern Entwicklungsaufgaben aufgedrängt, die ihrem Entwicklungsstatus noch nicht entsprechen (Parentifizierung), Eltern fühlen sich hingegen oft schwach, hilflos und können den Kindern nicht beistehen (Infantilisierung). Die Kinder erleben dabei häufig einen Verlust der scheinbaren Omnipotenz der Eltern.

3.4 Schule

Ein Großteil der Patienten wird in der Schule verhaltensauffällig. Wenn Lehrerinnen und Lehrer aufmerksam sind und viel Zeit in sozialpädagogische Betreuungsarbeit investieren, kann unter Mithilfe von Sozialen Diensten, Sozialarbeitern und Eltern bzw. Betreuern ein psychotherapeutischer Zugang zu den Migranten- und Flüchtlingskindern und ihren Familien gelingen. Dies ist erforderlich, denn die Schulstatistik belegt, dass Kinder und Jugendliche mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit – trotz bemerkenswerter Teilerfolge – auch nach einem halben Jahrhundert anhaltender Zuwanderung im deutschen Bildungssystem immer noch schlecht abschneiden: Sie verharren überrepräsentativ im „niederen“ Schulwesen, erfahren verstärkt Sonderschulzuweisungen, sie verfehlen häufiger selbst den Hauptschulabschluss und bleiben überdurchschnittlich oft ohne jede Berufsausbildung (Gogolin u. Neumann, 2003).

In Schule mit ihren jeweiligen schularttypischen Anforderungen bestehen für Migrantenkinder sehr komplexe Beziehungsgefüge. Die Beziehung zum Kollegium, zur

Klassengemeinschaft und zur Schule als Orientierungsraum wird durch sozioökonomische Bedingungen, durch kulturelle Faktoren – Sprache, aber auch elterliche Erziehungskompetenz –, durch seelische Belastungen und besonders durch spezifische Ressourcen mitgestaltet. Die Rolle der Schule als ein tragendes Netz für Flüchtlingskinder ist allerdings in der internationalen Literatur noch wenig berücksichtigt. Schule kann unserer Erfahrung nach Ruhe und Stabilisierung verschaffen (Neumann, 1995), Kontinuität geben (Friedrichs, 2003) und damit neben oder gerade im Gegensatz zum Elternhaus einen stabilen Schutzraum darstellen. Schule kann – wie zum Beispiel auch die religiöse Orientierung (Schlüter-Müller, 1992) – eine nachweisbare Ressource zum seelischen Schutz bereitstellen.

Bei Migrantenkindern können zudem – auch oder nur – in der Schule Symptome auftreten, die mit dem Wechsel der Kulturen in Verbindung stehen, z. B. das Verstummen (Mutismus) und die Nostalgie, das „depressive Heimweh“. Ferner stellen spezifische Verhaltensstörungen ein Problem innerhalb der Schule dar: das „Zappel-Philipp-Kind“ sowie das sich selbst und die Umwelt störende und „unsoziale Kind“ machen es für Lehrerinnen und Lehrer sehr schwer, sich ihm adäquat zu nähern und seine eventuell vorhandenen Flucht- und Gewalterfahrungen besser zu verstehen. Es resultiert auf Lehrerseite oft ein Gefühl von Hilflosigkeit und Wut (Adam, 1999).

Ein weiteres Problem ist die Einordnung von Migranten- und Flüchtlingskindern in adäquate Klassen. Häufig ergibt sich eine Sprachproblematik, die den tatsächlichen kognitiven Entwicklungsstand des Kindes nicht deutlich werden lässt, auch entsprechende Tests sind oft nicht interkulturell geeicht. Durch eine Einstufung in zu niedrige Klassen erfolgt eine Unterforderung von Kindern. Diese Unterforderung kann zu Symptomen wie Hyperaktivität und Dissozialität führen. Andererseits werden aber auch spezifische Entwicklungsstörungen aufgrund der Sprachproblematik häufig verkannt und altersgerechtes Lernen durch fehlende familiäre Hausaufgabenunterstützung, nicht zuletzt wegen einer eingeschränkten Sprachhandlungskompetenz der Eltern, behindert.

Viele Lehrerinnen und Lehrer haben erkannt, dass die spezifische Lebenssituation von Migrantenkindern auch konkrete Veränderungen bei der Ausgestaltung des Unterrichts nach sich ziehen müsste. Dazu gehören z. B. die Vermittlung von medizinischen und hygienischen Grundkenntnissen, die Vorbereitung von Arztbesuchen, die Orientierung im neuen Lebensraum (neue Mahlzeiten, Umgang mit Behörden usw.), ferner die Einübung von besonderen sozialen Verhaltensweisen, z. B. bei der Konfliktbewältigung. Diese Orientierungshilfen im neuen Lebensraum erscheinen notwendig, stehen häufig aber der Klassensituation entgegen, in der ein individualisierter Unterrichtsplan meist sehr schwierig umzusetzen ist.

Es ist sowohl für die Schule als auch in der Lehrsituation schwierig, die Bedeutung von Bildung zu vermitteln: Migrantenkinder sind im Exil häufig einem für sie ungewohnten Individualisierungsdruck ausgesetzt. Sie sind oft aus ihren familiären und sozialen Bezügen herausgerissen, dadurch verändert sich häufig der tradierte Wert von Bildung als gesellschaftliche Verantwortung, als ein gesellschaftliches Geben und Nehmen. Vor dem Hintergrund der oft belastenden Erlebnisse vor, während und nach der Migration stehen

auch andere Dinge als die Schule im Mittelpunkt des Lebens. Eine noch nicht ausreichend verstandene oder gar zerbrochene Vergangenheit blockiert dann eine zu planende Zukunft. Es entsteht so manchmal nur eine geringe Akzeptanz des regelmäßigen Schulbesuchs und wenig Einsicht in die Bedeutung von Schule, eine gefestigte Tagesstruktur zu geben. Die Ansicht, Schule als Ort anzunehmen, an dem man sich unter schwierigen Bedingungen zurechtzufinden und Halt finden kann, schwindet.

Oft sehen sich Lehrerinnen und Lehrer der psychischen Symptomatik hilflos gegenüber, was vor dem Hintergrund der furchtbaren Erlebnisse den manche Kinder und Familien berichten auch nicht überrascht. Die Hilflosigkeit der Lehrenden ist somit letztendlich auch eine Folge der traumatisierenden Situation, eine Folge der schwierigen Bedingungen unter denen heute Migration zum großen Teil stattfindet. Unbewusst führt diese Hilflosigkeit, die man sich nicht eingestehen möchte, häufig zu Wut und aggressiven Gefühlen, die sich manchmal auch gegen das betroffene Kind richten können, ohne dass dies eigentlich beabsichtigt ist.

Häufig wird im Zusammenhang mit Schule ein Desinteresse von Eltern an der schulischen Entwicklung der Kinder gesehen, auch hier können vor dem Hintergrund, dass auch die Eltern selbst erheblich belastet sind, bestimmte dysfunktionale Bewältigungsmuster vermutet werden. Die Eltern leben oft isoliert, besuchen z. B. die Elternabende innerhalb der Klasse nicht und auch an Elternsprechtagen sind sie kaum erreichbar, auch, weil hier Dolmetschereinsatz sehr selten ist. Die Eltern können manchmal zwischen den verschiedenen Behörden, z. B. Ausländerbehörde und Schulbehörde nicht differenzieren und sehen sich potentiell bedroht von der ihnen gegenüberstehenden Autorität. Auch ist aus vielen Herkunftsländern die Erwartung an Eltern, aktiv die schulische Entwicklung zu fördern, Eltern aus eigener Erfahrung nicht bekannt.

Das gesamte Bildungs- und Ausbildungssystem hat beim Gelingen der Integration eine Schlüsselfunktion. In kaum einem anderen vergleichbaren Land hängen Bildungsstand und Herkunft so eng zusammen wie in Deutschland. Den Institutionen frühkindlicher und vorschulischer Betreuung sowie der Schule gelingt es bisher nicht, Defizite eines entwicklungshemmenden und bildungsfernen Familienhintergrundes auszugleichen. Die Ergebnisse der Pisa-Studie haben die Bedeutung der Sprach- und Lesekompetenz für den Erfolg von Schülerinnen und Schülern in allen Unterrichtsfächern betont und bestätigt. Gleichzeitig kommt ein hoher Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund mit unzureichenden Sprachkenntnissen in der Schule an. Diese Defizite haben enormen Einfluss auf die intellektuelle und soziale Entwicklung der Kinder. Um Defizite vorzubeugen und auszugleichen, braucht es bereits im frühen Kindesalter eine systematische Sprachförderung, die auch in der Familie wertgeschätzt und unterstützt wird.

4 Ansätze für Psychotherapie mit Migrantenkindern und Familien

In der Beratung und Psychotherapie hat es einen hohen Stellenwert, die betroffenen Kinder und Familien darüber zu informieren, wie wichtig es prinzipiell ist, über Mi-

gration bzw. Flucht und deren Auswirkungen auf die Gründe zu sprechen, die zum Aufsuchen der Einrichtung geführt haben. Die Entscheidung über Zeitpunkt, Intensität und Dauer sollte aber beim Patienten liegen. Es sollte ferner darüber aufgeklärt werden, dass es sich bei Problemen, die im Rahmen von Migration auftreten, nicht um Krankheiten handelt, sondern um soziale Umstände, bzw. um das Erleben von extremen Belastungen, die bei nahezu jedem zu einer Störung des subjektiven Wohlbefindens führen würde. Hierbei sollte auch über normale Stressreaktion und Abgrenzung von pathologischen Reaktionen informiert werden und eine Beratung und Aufklärung über den jeweils gebrauchten Psychotherapieansatz und Abgrenzung zu traditionellen Heilmethoden stattfinden. Die Eltern sollten über frühkindliche Wahrnehmungen in Stresssituationen und die Möglichkeit transgenerationaler Weitergabe von Deutungs- und Bewältigungsmustern sowie psychischer Traumatisierung aufgeklärt werden.

Es sollte ferner über Kompetenzen und Ausbildungen des Behandlers gesprochen werden und darüber, dass dadurch eventuell Sichtweisen im psychotherapeutischen Prozess zur Sprache kommen, die den Kinder, Jugendlichen oder den Eltern von der Kultur des Heimatlandes ungewohnt sind. Andererseits sollte auf therapeutischer Seite im Prozess stets darauf geachtet werden, dass nicht jedes Problem und nicht jede untolerierbare Verhaltensweise mit dem Wechsel der Kultur in Zusammenhang steht. Insbesondere im Umgang mit den Eltern ist bei Fragen des Sorgerechts bzw. Umgangsrechts und der Erziehungsstile immer wieder darauf zu verweisen, dass in Deutschland deutsches Recht Gültigkeit hat.

Im Umgang mit den Kindern sind ein supportives Vorgehen sinnvoll sowie das Angebot, bei der Bewältigung von Entwicklungsschritten zu helfen. Dabei können die dargebotenen Symbole und Metaphern im Spiel, im Narrativ und im Traum zum therapeutischen Reframing genutzt und im Spiel Bewältigungsstrategien ausprobiert werden, damit das Kind das Gefühl von Kontrolle und Sicherheit in der neuen Umgebung wieder erlangen kann. Außerdem sind Hilfen bei Überforderung im Falle von Parentifizierung für Eltern und Kinder erleichternd. Die Eltern wollen die Kinder mit den Hintergründen von Migration oder gar Krieg, Verfolgung und Flucht nicht belasten und die Kinder mögen nicht fragen, um die Eltern nicht bloßzustellen, so dass ein zu besprechender „Schweigepakt“ (Bar-On, 1996) entstehen kann.

Therapeutischem Fachpersonal, insbesondere aber auch Institutionen wird im Sinne einer psychischen Abwehrreaktion auf die eigene Ohnmacht, die äußere Welt ändern zu können, oft eine verführerische Omnipotenz zugeschrieben. Dies kann dazu verführen, gravierende Probleme und Konflikte zu übersehen und die Familien mit einer sozialpsychiatrischen Kurzintervention zu behandeln, sie damit aber unzufrieden und alleine zu lassen. Zu berücksichtigen ist, dass oft psychische Auffälligkeiten oder psychosomatische Beschwerden durch die Familien ausschließlich mit den spezifischen Lebensbedingungen in Verbindung gebracht werden. Die eingebrachten Themen wie Aufenthaltsstatus, Wohn-, Arbeitssituation und die Frage nach ärztlichen Attesten sind dann oft ein Thema, welches die Psychotherapiegespräche ausfüllt und wenig Raum für die Bearbeitung innerer Konflikte lässt.

Unterschiedliche kulturelle Erfahrungen zwischen Therapeuten und Patienten führen auch in der Therapie mit Migrantenfamilien zu Konflikten und Missverständnissen. Ursachen können unter anderem sein, dass die Erfahrungshorizonte von Therapeuten und Familie sehr weit auseinander liegen oder Dolmetscher nicht vorhanden oder schlecht ausgebildet sind. Die entstehenden Gefühle in der Übertragung und Gegenübertragung geben wesentliche Auskünfte über die sich für die Familie häufig wiederholenden Vorgänge in der Aufnahmegesellschaft. So können Hinweise dafür gefunden werden, wie die Migrantenfamilie auf die „Institutionen“ der Aufnahmegesellschaft auch außerhalb der Therapie zugeht, was sie dort für Erfahrungen gemacht und welche Reaktionen sie dort hervorgerufen hat bzw. hervorrufen kann. Szenische Informationen und frühe Übertragungsvorgänge sind dabei besonders aufschlussreich. Insbesondere der Umgang mit schwer traumatisierten Flüchtlingsfamilien erfordert ausreichende Supervision, um Gefühle im therapeutischen Team von Angst und Hilflosigkeit, Wut, Scham und Schuld angemessen bearbeiten zu können (Walter u. Adam, 2008).

Literatur

- Adam, H. (1999). Zwischenwelten – Minderjährige unbegleitete Flüchtlinge in Hamburg. In G. Romeike, H. Imelmann (Hrsg.), *Hilfen für Kinder*. (S. 317-333). Weinheim: Juventa.
- Adam, H. (2007). Seelische Gesundheit von Flüchtlingskindern. Eine empirische Untersuchung an Hamburger Schulen. Habilitationsschrift, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Barenbaum, J., Ruchkin, V., Schwab-Stone, M. (2004). The psychosocial aspects of children exposed to war: Practice and policy initiatives. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 45, 41-62.
- Bar-On, D. (1996) Die Last des Schweigens: Gespräche mit Kindern von Nazi-Tätern. Reinbek: Rowohlt.
- Bayer, C., Klasen, F., Adam, H. (2007): Association of Trauma and PTSD Symptoms With Openness to Reconciliation and Feelings of Revenge Among Former Ugandan and Congolese Child Soldiers. *Journal of the American Medical Association*, 298, 555-559.
- Berry, J. W., Sam, D. L. (1997). Acculturation and adaptation. In J. W. Berry, M. H. Segall, C. Kagitcibasi (Hrsg.), *Handbook of cross-cultural psychology. Social behaviour and applications*. (S. 291-326). Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Berry, J. W. (1986). The acculturation process and refugee behaviour. In C. L. Williams, J. Westermeyer (Hrsg.), *Refugee mental health in resettlement countries*. (pp. 25-37). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Branik, E. (1980). Psychische Störungen und soziale Probleme von Kindern und Jugendlichen aus Spätaussiedlerfamilien – Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration. Dissertation, Universität Freiburg i. Brsg.
- Deutscher Bundestag (2000). Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen – Belastungen – Herausforderungen. Drucksache 14/4357, 14. Wahlperiode.

- Fazel, M., Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood*, 87, 366-370.
- Freud, A., Burlingham, D. (1943). *War and children*. New York: Medical War Books.
- Freud, A., Burlingham, D. (1944). *Infants without families*. New York: International Universities Press.
- Friedrichs, B. (2003). Auswirkungen von Kriegstraumatisierungen auf das Lernen. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 8, 312-319.
- Geertz, C. (1994). Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Symptome. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gogolin, I., Neumann, U., Roth, H-J. (2003): BLK-Gutachten: Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung, Heft 107/2003, Bonn.
- Grinberg, L., Grinberg, R. (1990). *Psychoanalyse der Migration und des Exils*. München: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Hettlage-Varjas, A., Hettlage, R. (1984). Kulturelle Zwischenwelten. Fremdarbeiter – Eine Ethnie? Sonderheft der Schweizerischen Zeitschrift für Soziologie, 10, 357-403.
- International Organization of Migration (IOM) (2004). *Migration Health Annual Report 2003*. Geneva: IOM.
- Jensen, P. S., Shaw, J. (1993). Children as victims of war: Current knowledge and future research needs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 697-708.
- Keyes, E. F. (2000). Mental health status in refugees: An integrative review of current research. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 397-410.
- Kocijan-Hercigonja, D. (1998). Kinder im Krieg: Erfahrungen aus Kroatien. In W. Hilweg, E., E. Ullmann (Hrsg.), *Kindheit und Trauma. Trennung, Missbrauch, Krieg*. (2. Aufl., S. 177-195). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Leyer, E. (1991). Ein psychoanalytisches Phasenmodell der Migration. In E. Leyer (Hrsg.), *Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie*. (S. 95-97). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W. G, Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J. D., Keane, T., Saxe, G. N. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 24-36.
- Neumann, U. (1995). Die Bedeutung von schulischer Bildung für Flüchtlingskinder. In A. J. Cropley, H. Ruddat, D. Dehn, S. Lucassen (Hrsg.), *Probleme der Zuwanderung*, Band II. (S. 104-113), Göttingen: Verlag Angewandte Psychologie.
- Poustka, F. (1984). *Psychiatrische Störungen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer – Eine epide-miologische Untersuchung*. Stuttgart: Enke.
- Pries, L. (1996). Transnationale soziale Räume. Theoretisch-empirische Skizze am Beispiel der Arbeitswanderungen Mexiko-USA. *Zeitschrift für Soziologie*, 25, 456-472.
- Resch, F. (1996). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Riedesser, P. (1988). *Psychische Gefährdungen und Erkrankungen von Kindern ausländischer Arbeiter: Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration*. Habilitationsschrift, Universität Freiburg i. Brsg.

- Schlüter-Müller, S. (1992). Psychische Probleme von jungen Türken in Deutschland. Eschborn: Dietmar Klotz.
- Slutzki, C. E. (1979). Migration and family conflict. *Family Process*, 379-390.
- Steinhausen, H., Remschmidt, H. (1982). Migration und psychische Störungen. Ein Vergleich von Kindern griechischer Gastarbeiter und deutschen Kindern in West-Berlin. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 10, 32-49.
- Storch, G., Poustka, F. (2000). Psychische Störungen bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 199-208.
- Walter, J., Adam, H. (2008). Der kulturelle Kontext und seine Berücksichtigung bei Migranten- und Flüchtlingsfamilien. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik*. (3. Aufl., S. 251-268). Berlin: Springer.
- Walter, J. (1993). Psychosoziale Probleme der Kinder chilenischer Exilierter in der Bundesrepublik Deutschland. Dissertation, Universität Freiburg i. Brsg.
- Weiss, R. (2003). Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo.

Korrespondenzanschrift: PD Dr. med. H. Adam, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Martin Gropius Krankenhaus, Oderbergerstrasse 8, 16225 Eberswalde.