

Schepker, Renate / Toker, Mehmet und Eberding, Angela

Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 9, S. 689-706

urn:nbn:de:bsz-psydok-44685

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/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness)	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders)	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy)	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior - A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped)	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling)	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services)	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation)	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view)	777

Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry)	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia)	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebskranker Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography)	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visualisierter Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results)	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context)	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal)	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness)	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) . .	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test)	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions)	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children)	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?)	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families form Turkey, with spezial emphasis on risks and resources)	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease)	17

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry)	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality)	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents)	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children)	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints)	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study)	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy)	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches)	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments)	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg)	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?)	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety)	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school)	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies)	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood)	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches)	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations)	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings and clinical options)	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy)	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems)	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior)	440
--	-----

Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle)	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung überneh- men für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley)	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin)	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke)	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski)	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer)	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psy- chotherapie. (H. Mackenberg)	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber)	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff)	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl)	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bündner)	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke)	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankge- schrieben. (T. Zenkel)	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer)	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundla- gen – Methoden – Technik. (E. Bretz)	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch)	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch)	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Ent- scheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel)	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich)	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Ent- wicklung. (J. Wilken)	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie I. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. (<i>D. Gröschke</i>)	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. (<i>G. Gröschke</i>)	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. (<i>W. Schweizer</i>)	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. (<i>L. Unzner</i>)	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. (<i>D. Gröschke</i>)	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. (<i>E. Butzmann</i>)	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. (<i>L. Unzner</i>)	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. (<i>K. Sarimski</i>)	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. (<i>K. Sarimski</i>)	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. (<i>D. Irblich</i>)	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. (<i>L. Unzner</i>)	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. (<i>M. Hirsch</i>)	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. (<i>J. Schweitzer</i>)	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. (<i>L. Unzner</i>)	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. (<i>L. Unzner</i>)	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. (<i>K. Mauthe</i>)	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. (<i>K. Mauthe</i>)	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. (<i>L. Unzner</i>)	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. (<i>D. Irblich</i>)	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. (<i>L. Unzner</i>)	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. (<i>K. Sarimski</i>)	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. (<i>B. Helbing-Tietze</i>)	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. (<i>L. Unzner</i>)	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	823

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). (<i>K. Waligora</i>)	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). (<i>K. Waligora</i>)	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). (<i>K. Waligora</i>)	465

Editorial / Editorial	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates.67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements	69, 139, 212, 472, 651, 750

Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken

Renate Schepker, Mehmet Toker und Angela Eberding

Summary

On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families from Turkey, with special emphasis on risks and resources

Semi-structured bilingual interviews were conducted with 223 adolescents from Turkey and their parents in 77 volunteering immigrant families (field group) and in 40 outpatient families attending the adolescent service (CAP treatment group). Risks and resources for mental health were assessed in a qualitative approach based on contextual family theory, cohesion and adaptability according to Olson's Clinical Rating Scale. While adolescent psychiatric morbidity in the field group equalled an expected rate of 24%, families with psychologically healthy offspring significantly excelled in parental and child resources. Yet, resources did not separate symptomatic and non-symptomatic families (referring to child symptoms) as well as risks did. A parent without work constituted a risk factor of its own. Differentiating CRS from 3 to 4 steps of adequacy for child health (introducing a range of high cohesion or high rigidity alone as another step between normal and dysfunctional) led to classify 80% of non-symptomatic families as functional. Following our results, a resource oriented family therapy seems to be the most promising therapeutic approach. Social case management should be provided for at the same time.

Keywords: family cohesion – adaptability – migration – risk factors in family psychiatry

Zusammenfassung

Mit 223 türkeistämmigen Jugendlichen und ihren Eltern in 77 Familien, die nicht in Behandlung waren (Feldstichprobe), und in 40 Familien in Beratung der jugendpsychiatrischen Ambulanz (Ambulanzgruppe) wurden semistrukturierte bilinguale Interviews geführt. Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung wurden in einem qualitativen Zugang auf dem Boden der kontextuellen Familientheorie, die familienstrukturellen Merkmale Kohäsion und Adaptabilität anhand der Clinical Rating Scale nach Olson über Teamratings erfasst. Neben einer erwartungsgemäßen Morbiditätsrate von 24% der Jugendlichen der Feldstichprobe zeigten Familien mit psychisch gesunden Kindern signifikant mehr Ressourcen bei Kindern und Eltern.

Ressourcen trennten auffällige und unauffällige Familien jedoch nicht so gut wie Risiken. Als eigener Risikofaktor imponierte Arbeitslosigkeit eines Elternteils. Bei der CRS führte eine Differenzierung von drei auf vier Stufen (hohe Kohäsion oder Rigidität als Stufe zwischen auffällig und pathologisch) zu einer zutreffenden Einstufung von 80% der nichtsymptomatischen Familien als noch funktional. Eine ressourcenorientierte Familientherapie erscheint nach unseren Ergebnissen als der am meisten Erfolg versprechende therapeutische Zugang, wenn Sozialmanagement-Interventionen zum Auffangen faktischer Risiken gleichzeitig stattfinden können.

Schlagwörter: Familienkohäsion – Adaptabilität – Migration – familienpsychiatrische Risikofaktoren

1 Einleitung

Migration und ihre Folgen werden in der Achse V des MAS als psychosoziale Belastung für Kinder codiert, einzelfallbezogen häufig kombiniert mit weiteren bekannten Risikofaktoren wie sozialer Benachteiligung, Diskriminierung und geringer gesellschaftlicher Partizipation (Übersicht bei Prosser u. Mc Ardle 1996).

Jugendpsychiatrische Forschungen in Deutschland, insbesondere an Zuwanderern mit von dem der Aufnahmegesellschaft wesentlich differierendem Kulturhintergrund wie den türkeistämmigen, haben jedoch nicht durchgängig belegen können, dass diese eine Hochrisikogruppe für psychische Störungen darstellen würden. Epidemiologische Ergebnisse hierzu sind widersprüchlich (vgl. Poustka 1984; Remschmidt u. Walter 1990; Schlüter-Müller 1992).

Welche Art von Risikofaktoren bei Zuwandererkindern speziell zur psychiatrischen Erkrankung beitragen, wurde empirisch von Steinhausen (1985) untersucht. Mittels Elterninterviews befragte er Gruppen unterschiedlicher nationaler Herkunft (deutsch, türkisch, griechisch) an einer Schule und fand bedeutsame Zusammenhänge zwischen gestörter Familiendynamik und kindlicher Symptombelastung, jedoch keinen Einfluss sozioökonomischer Faktoren; der Anpassungsdruck in Diskrepanz zur kulturellen Herkunft wurde hier als Vermittlungsglied gesehen. Ein weiterer Vergleich mit französischen Soldatenfamilien (Steinhausen et al. 1990) bestätigte den wesentlichen Beitrag innerfamiliärer Funktionsweisen und elterlicher Störungen zu psychischen Problemen der Kinder bei zu vernachlässigenden migrationsabhängigen und ökonomischen Variablen. Poustka (1984) vermutete ebenfalls anhand seiner epidemiologischen Erkenntnisse eine besondere familiäre Qualität, die psychosoziale Risiken vor allem in türkeistämmigen Familien ausgleiche. Freitag (2000) fand bei türkeistämmigen Gymnasiasten der zwölften Klasse sehr wohl einen eigenen Einfluss außerfamiliärer Variablen auf Verhaltensauffälligkeiten, hier insbesondere Diskriminierungserfahrungen. Sie führt dies entsprechend der Stichprobe von Schlüter-Müller (1992) auf das höhere Alter ihrer Probanden zurück, während Schlüter-Müller (1992) Diskriminierungserfahrungen als einen Verstärkungsfaktor für das gleichzeitige Vorhandensein innerfamiliärer Dissonanzen beschreibt.

Der Forschungsstand zu einheimischen Kindern kommt zu ähnlichen Aussagen. Höök und Mitarbeiter (1995) wiesen anhand eines „Lebensereignis-Inventars für Kinder“ eine modulierende Wirkung der Familienfunktion auf die konsekutiven Verhaltensauffälligkeiten der Kinder nach. Garmezy und Masten (1994) möchten auch konstitutionelle Faktoren berücksichtigt wissen und konstatieren, dass risiko- und ressourcenbezogene Forschung gut daran täte, zunächst sowohl die Psychopathologie der Eltern als auch deren Verhalten innerhalb der Familie und relevante belastende Lebensereignisse für die Familie zu erfassen.

Die Bedeutung familiärer Faktoren wird auch durch Forschungen zur psychischen Widerstandsfähigkeit von Kindern betont (engl. resilience, definiert als „gesunde Entwicklung unter erschwerten Bedingungen“). Nach Fonagy (1994) entsprangen diese Untersuchungen sowohl einem primärpräventiven, ökonomischen Interesse als auch einem Anliegen nach Chancengleichheit und sozialer Gerechtigkeit. Die Ergebnisse belegen, dass Belastungs-, beziehungsweise Risikofaktoren durch verstärkte elterliche Kontrolle ausgeglichen werden, die den Kontakt mit schädlichen Umgebungsbedingungen minimiert, oder durch soziale Netzwerke. Auch religiöse Eingebundenheit und Glauben oder eine weltanschauliche Positionierung üben protektive Wirkungen aus. Nach Werner (1985) wirken des Weiteren eine gute zwischenmenschliche Bewusstheit/Kommunikationsfähigkeit und Empathie protektiv, ein Gefühl für Humor, eine sichere Bindung an die verlässliche Mutter in den ersten zwei Lebensjahren und bedeutsame Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie.

Deutschsprachige Ergebnisse zur differenzierten Erfassung dieser Ressourcen speziell in Zuwandererfamilien unter Einbezug der Familiendynamik sind begrenzt. Beispielhaft sind die Studien aus Skandinavien (Moilanen u. Myhrmann 1989) oder Einzelfallstudien (Walter 1994). Schlüter-Müller (1992) fokussierte in ihrer Nachuntersuchung die Jugendlichen selbst und fand unter anderem in religiösen Orientierungen einen protektiven Faktor.

Die hier referierten Erkenntnisse beruhen auf Interviews mit türkeistämmigen Zuwandererfamilien und ihren adoleszenten Kindern im Rahmen eines Schwerpunktprogramms bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (FABER 1990)¹. Hier wurde neben anderen (vgl. Schepker et al. 1999) die Frage untersucht, was die psychisch gesunden Zuwandererkinder im Sinne primärer Prävention stabilisiert; damit sind Ressourcen zu erforschen, deren Kenntnis auch für therapeutische Strategien konstitutiv sein kann.

2 Fragestellung und Hypothese

Die zu untersuchende Hypothese lautete: Türkeistämmige Familien mit klinisch nicht auffälligen Kindern zeichnen sich gegenüber Familien mit symptomatischen Kindern unabhängig von deren Patientenstatus durch höhere familiäre und indivi-

¹ „Familiäre Bewältigungsstrategien“ im Rahmen des DFG-Schwerpunktprogramms FABER (Folgen der Arbeitsmigration für Bildung und Erziehung) Projekt Sche 374/2-1, 2-2, 2-3).

duelle Ressourcen und funktionale Familienstrukturen aus. Bei Bestätigung der Hypothese wäre darüber hinaus zu untersuchen, wie groß der Stellenwert der Ressourcenvariablen zur Unterscheidung zwischen symptombelasteten und hinsichtlich der Kinder unauffälligen Familien unter Einbeziehung anderer relevanter (überwiegend soziodemographischer) Variablen anzusetzen ist.

3 Theoretische Ausgangsbasis und Operationalisierung

3.1 Familientheorie und -dynamik

Nach einem Review verschiedener familiendynamischer Theorien wurde die kontextuelle Theorie nach Boszormenyi-Nagy als geeignet angesehen, da hier alle bekannten Ressourcen und Risiken systematisch betrachtet werden können: die der faktisch-sozioökonomischen Ebene, der psychischen Funktionsweisen der einzelnen Familienmitglieder, der innerfamiliären Transaktionen und der Beziehungsdynamik. Die kontextuelle Familientheorie eignete sich darüber hinaus gut für eine multikulturelle Perspektive, weil die Untersucherhaltung auf diesem Theoriedesign eine am Individuum orientierte Verstehen suchende ist. Mit einer nacheinander einzustellenden Parteinahme für jedes einzelne Familienmitglied versucht der Interviewer, sich in die Lage jedes Einzelnen in der Familie teilnehmend hineinzuversetzen, sowohl die psychische Entwicklung und Befindlichkeit des Einzelnen als auch das Wirken der Familie als Ganzes zu erfassen. Das Erarbeiten und Supervidieren dieser Interviewerhaltung erschien uns essentiell, um auch die Gefahren ethnozentristischer Haltungen auf unserer Seite und einer Überformung der Familien mit Vorannahmen möglichst gering zu halten.

Zur familiendiagnostischen Einschätzung wurden von Boszormenyi-Nagy und Krasner (1986) vier Dimensionen bestimmt, die mit Ausnahme der Dimension „Beziehungsethik“, die alle anderen Ebenen in Wechselwirkung berühre, als getrennte Ebenen der Beurteilung zu betrachten seien: Faktisches, Psyche, Transaktionen und Beziehungsethik. Die übergreifende Dimension der „Beziehungsethik“ beschreibt die Handlungsebene unter der Kategorie der fairen Berücksichtigung der Interessen aller Familienmitglieder; sie beschreibt die Fähigkeit der Familie, ein Klima gegenseitiger Hilfe und Vertrauens herzustellen. Vor allem vor dem Hintergrund der besonderen „Bezogenheit“ der Individuation (Stierlin 1978) in Familien aus der Türkei und bei der Notwendigkeit, die Migrationserfahrungen gemeinsam zu meistern, erscheint diese Dimension für Zuwandererfamilien von herausragender Bedeutung.

Von uns wurde für die Fragestellung unserer Untersuchung die Dimension „Biographie“ hinzugefügt, um die Vorerfahrungen von der Dimension der vorgegebenen, objektivierbaren Fakten (z.B. Flüchtlingsstatus oder Migration aufgrund von anderen Traumatisierungen, migrationsbedingte traumatische Trennungserlebnisse der Kinder) differenzieren zu können. Unter den anhand dieser theoretischen Grundlegung entwickelten Dimensionen des Ressourcen-Risiken-Ratings ist somit Folgendes zu verstehen:

Als Ressourcen auf Ebene der Biographie wurden aus den Interviews zu schließende positive Erinnerungen und Introjekte, Wahrnehmung von Bildungsoptionen oder gute Versorgungsbedingungen in der Kindheit gewertet.

Als Ressourcen auf der faktischen Ebene zählen körperliches Wohlbefinden, befriedigende soziale Kontakte, materielles Auskommen. Diese sind einerseits Ausdruck von psychischer Gesundheit, denn tragfähige soziale Kontakte werden von psychisch Stablen eher hergestellt. Andererseits tragen wiederum befriedigende faktische Lebensbedingungen zur seelischen Gesundheit und Belastbarkeit bei.

Gute Ressourcen auf der Ebene der Psyche der Eltern können dazu beitragen, seelische Probleme der Kinder zu verringern oder zu verhindern. Eine ausgeglichene Elternpersönlichkeit mit der Fähigkeit zur Einfühlung, zur Besorgnis, zur Kontrolle von Affekten wird eine positive Identifikationsfigur darstellen und in entwicklungsfördernde Interaktionen mit den Kindern treten können, wird den Kindern bei kleineren alltäglichen Schwierigkeiten auch Wege zur Bewältigung aufzeigen können.

Klare, berechenbare Transaktionen tragen im Sinne der ressourcenorientierten Familientheorie dazu bei, dass die Kinder konflikthafte Lebensabschnitte und Schwellensituationen (etwa Einschulung, Lehrbeginn) angesichts definierter Rollenerwartungen unkompliziert bewältigen können und beispielhaft Lösungen für soziale Konflikte außerhalb der Familie internalisieren.

Fairness, Vertrauen und gegenseitige Hilfestellungen im Sinne von Beziehungsethik werden in Familien mit psychisch ausgeglichenen Kindern als positiv ausgeprägt erwartet, da solche Fähigkeiten der Familien Symptomverhalten begrenzen oder überflüssig machen und in kritischen Lebenssituationen Lösungen der situativen Belastung gemeinsam gut gelingen können, anstelle Traumatisierungen fortwirken zu lassen. Umgekehrt werden psychisch gestörte Kinder dazu beitragen, dass die Vertrauensfähigkeit der Familie (beispielsweise bei wiederholten, krankheitsbedingten Regelverstößen) insgesamt absinkt und das innerfamiliäre Besorgnispotential sich bei längerer Dauer erschöpfen kann.

Theoretisch wird hier zunächst vermutet (was zu überprüfen wäre), dass die von uns einzuschätzenden Ressourcen in eine gemeinsame Richtung wirken und nicht etwa Ressourcen der verschiedenen Dimensionen sich gegenseitig überflüssig machen oder beeinträchtigen (so findet man für einheimische Kinder gelegentlich die Annahme, dass hohe Ressourcen in der faktischen Dimension solche in der psychischen behindern, etwa im Sinne von „Luxusverwahrlosung“).

Kinder aus Migrantenfamilien können sich je nach Ausrichtung und gelebter Tradition in der Familie sehr unterschiedlichen Entwicklungsanforderungen und -angeboten gegenüber sehen. Es könnte einerseits eine besonders stürmische Adoleszenzentwicklung durch die Widersprüche zwischen familiär und subkulturell gelebter Kultur und Dominanzkultur resultieren (Erdheim 1995) – dies würde eventuell die Gefahr krisenhafter Entwicklungen verstärken. Es könnten andererseits durch eine relative Starrheit und Festhalten am Herkunftskontext und an verwandtschaftlich haltenden Bindungen weniger an adoleszenten Entwicklungsaufgaben abzuleisten sein.

3.2 Familienstruktur

Zusätzlich zur Familiendynamik sollten familienstrukturelle Merkmale in ihrer Auswirkung auf eine Symptomgenese in Zuwandererfamilien untersucht werden. Hier bot sich das Circumplex-Modell von Olson et al. an (siehe zusammenfassende Darstellung und kritische Diskussion bei Thomas 1988), das deduktiv aus verschiedenen familientherapeutischen und familientheoretischen Konzepten abgeleitet wurde und das Ziel hatte, eine Brücke zwischen der Systemtheorie und der Familientherapie zu schaffen.

Das Circumplex-Modell wird aus der Kombination der jeweils vier Bereiche beider Dimensionen Adaptabilität und Kohäsion gebildet (s. Abb. 1). Unter Kohäsion wird die „emotionale Bindung der Familienmitglieder untereinander“ verstanden. Sie drückt sich aus in den Subkategorien emotionale Bindung (Gefühl der Nähe unter den Familienmitgliedern), gegenseitige Unterstützung, Familiengrenzen nach außen, Zeitgestaltung und Außenbeziehungen (Freunde), Interessen und Freizeitgestaltung (gemeinsam mit der Familie oder individuell). Die Dimension Adaptabilität ist definiert als die Fähigkeit des Familiensystems, sich gemäß der situativen und entwicklungsbedingten Belastungen hinsichtlich der Machtstrukturen, der Rollenbeziehungen und der Beziehungsregeln zu verändern. Das Ausmaß der Adaptabilität des Familiensystems wird anhand der Subkategorien Führung, Kontrolle, Disziplin, Rollen und Regeln beurteilt. Wenn beide Dimensionen extrem hoch oder niedrig ausgeprägt sind, sind pathogene Muster wahrscheinlicher, moderate Ausprägungen auf beiden Dimensionen sind eher bei optimal funktionierenden Familiensystemen zu erwarten.

Theoretisch stellen sich unter Migrationsbedingungen hohe Anforderungen an die Adaptabilität, aber auch die Kohäsion eines Familiensystems.

4 Stichprobe

Für die Studie wurden als Feldstichprobe 77 Familien aus der Türkei ohne Kontakt zu jugendpsychiatrischen Institutionen zuhause mittels eines semistrukturierten Tonbandinterviews befragt. Nach Vermittlung durch Mediatoren besuchte jeweils ein Projektmitarbeiter die Familie in Begleitung eines trainierten, der Familie bekannten Co-Interviewers. Die Interviewer waren bilingual (deutsch-türkisch), die Sprachwahl im Interview daher frei. Alle Familien hatten mindestens ein Kind im adoleszenten Alter; sie waren in einem vorangehenden Hausbesuch bereits umfassend über den Zweck der Studie informiert worden. Ihnen war die Zugehörigkeit der Projektmitarbeiter zur Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bekannt; durch den ersten Besuch und die Erhebung von Basisdaten und quantifizierbarer Symptomatik sowie Selbsteinschätzungsfragebögen bei den Jugendlichen war bereits eine gewisse Vertrautheit entstanden.

Es wurden weiterhin 40 türkeistämmige Familien untersucht, die im selben Erhebungszeitraum die Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Essen zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken aufsuchten, und deren Indexpatient älter als zwölf Jahre alt war.

Einbezogen in die Datenanalyse wurden nur die Familienmitglieder, die während der Interviews oder der Vorstellung in der Institutsambulanz in der Familie lebten *und* am Interview oder am ambulanten Erstgespräch teilnahmen. So wurden 115 Mütter, 93 Väter² sowie 223 Kinder älter

² In zwei Fällen haben die Väter nicht am Interview teilgenommen.

als sechs Jahre erfasst. Von diesen Kindern gehörten 155 (= 73,5%) zur Gruppe der Feldfamilien, 56 waren über die Ambulanz einbezogen worden.

Die Familien waren soziodemographisch für die türkeistämmige Bevölkerung des westlichen Ruhrgebietes typisch, wenngleich nicht epidemiologisch repräsentativ: die Eltern waren biographisch meist Arbeitsmigranten aus Dörfern der Schwarzmeerregion, sie hatten mehr als drei Kinder in einer nach WHO-Kriterien beengten Wohnung, der Vater arbeitete angelernt im Bergbau, die Mutter arbeitete ebenso als Angelernte oder war Hausfrau. Um diese Kerngruppe gab es eine breite soziale Streuung vom akademischen Botschaftsangestellten bis zum analphabetischen Flüchtling. Die Kinder verteilten sich zu annähernd gleichen Teilen auf einfache und weiterführende Schulkarrieren. Ambulanz- und Feldstichprobe unterschieden sich soziodemographisch nur durch ein um 1,5 Jahre geringeres Durchschnittsalter der erfassten Kinder in der Ambulanzstichprobe und durch eine etwas häufigere großstädtische Herkunft der Ambulanzmütter (27,8 vs. 21,1%).

In beiden Stichproben waren 12 % der Familien geschieden oder verwitwet. Parallel beschreibt Freitag (2000) in ihrer Berliner türkeistämmigen Stichprobe 10%, die nicht mit beiden leiblichen Eltern zusammenlebten. Dies revidiert frühere Auffassungen einer weit unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Alleinerziehendenquote bei der türkeistämmigen Ethnizität, so dass hier von einem schnellen sozialstrukturellen Wandel in dieser Population auszugehen ist.

5 Methode

Die Auswertung hinsichtlich Risiken und Ressourcen der Familien erfolgte qualitativ-inhaltsanalytisch im interdisziplinär und bikulturell zusammengesetzten Forschungsteam, das aus drei Ratern bestand. Es wurden neben dem manifesten, transkribierten und übersetzten Text der Familieninterviews auch latente Sinngehalte durch Interaktion/Intonation und die verschriftlichten szenischen Informationen der Interviewer berücksichtigt. Hier gingen wir nach der Methode von Mayring (1988) vor, und zwar im Sinne einer skalierend-strukturierenden Inhaltsanalyse mit im Forschungsteam erarbeiteten Operationalisierungen, nachdem eine strukturierende Inhaltsanalyse mit weiter Kontextanalyse hinsichtlich der zentralen Kategorien zu Ressourcen, Risiken und Familienstruktur erfolgt war.

Die mögliche Symptombelastung der Kinder wurde dreifach erhoben: über die CBCL durch die Eltern, über ein Teamrating zur Symptombelastung und das davon unabhängig getroffene klinische Rating der Risiken und Ressourcen auf der individuellen Ebene der Psyche der Kinder durch die Interviewer, die auch ein quantitatives Instrument zur Erfassung der Kontrollüberzeugungen mit den Jugendlichen im Einzelkontakt eingesetzt hatten. Eine Symptombelastung wurde nur dann zur Vermeidung einer Pathologisierung codiert, wenn die Risiken die Ressourcen überwogen und ein Schweregrad von mindestens drei (von maximal vier) unseres Ratings bestand.

Nach der Theorie von Boszormenyi-Nagy und Krasner (1986) entwickelten wir das zentrale Ratinginstrument, das Ressourcen-Risiken-Rating, mit operationalisierten Quantifizierungen (Ankerbeispiele und Operationalisierungen sind im Abschlussbericht niedergelegt und bei den Autoren einsehbar). Die Dimensionen Biographie, Faktisches und Psyche wurden für jedes einzelne Familienmitglied ge-

trennt erfasst, die Dimensionen Transaktionen und Beziehungsethik für die Familie insgesamt.

Das Forschungsteam mit den gemeinsamen Ratingsitzungen nach getrenntem Abhören der Bänder und Lesen der Transkripte/der Übersetzungen wurde zu einem zentralen Instrument der Untersuchung. In der bewusst vorgegebenen Zirkularität des Forschungsprozesses wurden die Operationalisierungen verfeinert, so dass die Erfahrungen aus der qualitativen Analyse der Interviews sich auch im Quantifizierungsprozess niederschlugen.

Am Ende jeder der ein- bis zweistündigen Sitzungen zum Familienrating wurden neben einer zusammenfassenden narrativen Beschreibung die Kategorien auf einer 4-Punkt-Skala quantifiziert. Ein Prüfkriterium hierfür waren die davon vorher unabhängig getroffenen Ratings durch die drei Teammitglieder. Unterschiedliche Einschätzungen wurden mit Ziel einer Einigung diskutiert, exemplarisch wurden regelmäßig Ratings in der Fallsupervision beim türkeistämmigen Supervisor vorgestellt.

Zur Familienstruktur wurde die Clinical Rating Scale (CRS) erhoben, um die untersuchten Familien auf den operationalisierten Dimensionen Adaptabilität und Kohäsion als Merkmale der Funktionalität oder Dysfunktionalität des Familiensystems zu beschreiben.

chaotisch losgelöst	chaotisch getrennt	chaotisch verbunden	chaotisch verstrickt
flexibel losgelöst	flexibel getrennt	flexibel verbunden	flexibel verstrickt
strukturiert losgelöst	strukturiert getrennt	strukturiert verbunden	strukturiert verstrickt
rigid losgelöst	rigid getrennt	rigid verbunden	rigid verstrickt

von links nach rechts: *Kohäsion* von niedrig nach hoch
von oben nach unten: *Adaptabilität* von hoch nach niedrig
mittelgrau unterlegt = Mittelbereich; dunkelgrau unterlegt = Extreme

Abb. 1: 4×4-Felder-Schema der CRS nach Olson (s. Thomas 1988):
16 Typen von Familiensystemen

Für die Clinical Rating Scale liegen Operationalisierungen vor, die sich weitestgehend am FACES-Fragebogen orientieren (Thomas 1988). Für die Dimensionen Ko-

häsion und Adaptabilität wird von den Autoren eine Ratingskala von 1-8 vorgeschlagen, woraus sich Rohwerte für die jeweiligen Dimensionen errechnen lassen. Auf dem Boden dieses Operationalisierungsvorschlags reduzierten wir die Spannweite der Ratingskalen auf 1-4. Die frühere Hypothese einer Kurvilinearität der Dimensionen wurde mittlerweile verlassen (Thomas 1988). Unsere statistischen Berechnungen setzten folglich lineare Dimensionen voraus.

Da allerdings bei Familien aus der Türkei hohe Kohäsionsgrade eher zu erwarten sind und zudem Migrationsbedingungen sowohl einen hohen Zusammenhalt der Familie, aber auch ein stärkeres Festhalten an bekannten Regulationsformen (damit eine stärkere Rigidität) funktional erscheinen lassen, unterteilten wir später die mittlere Kategorie noch einmal in eine migrationsadäquate Kategorie (flexibel-verstrickt; strukturiert-verstrickt; rigid-getrennt; rigid verbunden) und eine migrationsinadäquate Kategorie (flexibel-losgelöst; strukturiert-losgelöst; chaotisch-getrennt; chaotisch-verbunden).

Somit wären die untersuchten Familien unserer Stichproben in Anlehnung an das Circumplex-Modell vier Kategorien von dysfunktional (dunkelgrau) bis funktional (weiß) zuzuordnen (s. Abb. 2), mit den Zwischenstufen migrationsinadäquat (mittelgrau) und migrationsadäquat (hellgrau).

chaotisch losgelöst	chaotisch getrennt mig. inad.	chaotisch verbunden mig. inad.	chaotisch verstrickt
flexibel losgelöst mig. inad.	flexibel getrennt	flexibel verbunden	flexibel verstrickt mig. adäq.
strukturiert losgelöst mig. inad.	strukturiert getrennt	strukturiert verbunden	strukturiert verstrickt mig. adäq.
rigid losgelöst	rigid getrennt mig. adäq.	rigid verbunden mig. adäq.	rigid verstrickt

Abb. 2: Modifiziertes 4×4-Felder-Schema: 4 Funktionsgrade von Familiensystemen

Alle quantifizierten Kategorien des Risiken-Ressourcen-Ratings und die Kategorien der CRS wurden erfasst und entsprechend der Hypothesenbildung statistischen Analysen zugeführt. Hier angewandt wurden t-tests, Whitney-U-test, Faktorenanalyse zur Variablenreduktion, multiple Regression, Diskriminanzanalyse. Nach Auswertung wurden die Ergebnisse an die qualitative Analyse zurück überwiesen und jeweils im Lichte der Hypothesen einer Teamdiskussion unterzogen.

6 Ergebnisse

6.1 Symptombelastung und klinische Auffälligkeit

47 Familien aus der Feldstichprobe wurden vom Team als psychisch unauffällig eingeschätzt. In zwölf weiteren Familien hatte allein ein Elternteil Auffälligkeiten gemäß der vorgenommenen Ratings (das heißt, Risiken mehr als Ressourcen auf der Dimension Psyche). Bezogen auf Verhaltensauffälligkeiten der Kinder waren damit 62% der Familien der Feldstichprobe als funktional einzuordnen.

Von den erfassten 161 Kindern der Feldstichprobe wurden 40 (= 24,8%) im Expertenteam nach Zusammensicht aller Informationen aus den Interviews als auffällig eingestuft.

6.2 Ergebnisse zu einzelnen Ressourcenratings

Bezogen auf die Ressourcen der Kinder wurden die 47 Feldfamilien ohne Symptombelastung bei ihren Kindern mit allen Feld- und Ambulanzfamilien mit auffälligen Kindern (70 Familien) verglichen. Da in einigen Rechenschritten hinsichtlich dieser Hypothese eine Gesamtheit familiärer (Risiken und) Ressourcen interessiert, wurden innerhalb der einzelnen Dimensionen zum Teil Durchschnittswerte der elterlichen und der kindlichen Ressourcen zugrundegelegt.

Tab. 1: Mittelwertsvergleich der individuellen und familiären Ressourcenwerte der Familien mit und ohne Symptombelastung bei mindestens einem Kind (t-Test für unabhängige Stichproben)

	keine Symptombelastung		Symptombelastung bei mind. einem Kind		t	p <
	N	MW	n	MW		
Vater Ressourcen Biographie	35	2,60	60	2,17	2,87	.01
Vater Ressourcen Faktisches	35	3,09	60	2,42	4,72	.001
Vater Ressourcen Psyche	35	2,74	60	2,25	3,11	.01
Mutter Ressourcen Biographie	46	2,48	69	2,25	2,03	.050
Mutter Ressourcen Faktisches	46	2,83	69	2,29	4,33	.001
Mutter Ressourcen Psyche	46	2,78	69	2,25	3,68	.001
Kinder Ressourcen Biographie	47	2,98	70	2,55	3,14	.01
Kinder Ressourcen Faktisches	47	3,05	70	2,47	4,67	.001
Familie Ressourcen Transaktionen	47	3,02	70	2,34	4,98	.001
Familie Ressourcen Beziehungsethik	47	3,00	70	2,30	5,05	.001

Es bestätigte sich im statistischen Mittelwertsvergleich über t-Teste für unabhängige Stichproben, dass unauffällige Familien signifikant höhere Ressourcen auf der Ebene der väterlichen und mütterlichen Biographie, auf der Ebene der väterlichen und mütterlichen Facts, auf der Ebene der väterlichen und mütterlichen Psyche und auf den Ebenen der kindlichen Biographie und der kindlichen Facts aufweisen (s. Tab. 1). Des Weiteren zeigten die Familien mit Kindern ohne Verhaltensauffälligkeiten signifikant mehr Ressourcen auf den Ebenen Transaktionen und Beziehungsethik (t-tests

für unverbundene Stichproben jeweils $p < .001$). Die Eingangshypothese kann bezüglich der einzelnen aufgeführten Ressourcen-Variablen damit überwiegend bestätigt werden.

6.3 Vorhersagekraft von Ressourcen

Eine schrittweise multiple Regressionsrechnung³ ausschließlich mithilfe der Ressourcenratings zur Vorhersage, ob sich mindestens ein auffälliges Kind in der Familie fand, klärte durch die Ausprägung der Ressourcen des Vaters in der faktischen Dimension (Beta: $-.431$) 18,6% der Varianz auf; durch Ressourcen auf der Ebene der Beziehungsethik (Beta: $-.270$) erhöhte sich dies auf 24%. Das bedeutet, dass in vollständigen Familien vor allem das Vorhandensein von faktischen väterlichen Ressourcen und von Beziehungsethik-Ressourcen Verhaltensauffälligkeiten von Kindern in einem bedeutsamen Grad verhindern hilft.

6.4 Stellenwert von Ressourcen und Risiken

Im Anschluss an die obigen Ergebnisse war aufzuklären, wie groß der Stellenwert der Ressourcenvariablen zur Unterscheidung zwischen symptombelasteten und hinsichtlich der Kinder unauffälligen Familien unter Einbeziehung anderer relevanter (überwiegend soziodemographischer) Variablen anzusetzen ist. Hierzu wurde zunächst eine Faktorenanalyse mit Varimaxrotation durchgeführt und anschließend eine Diskriminanzanalyse mit den extrahierten Faktoren.

Auf dem ersten extrahierten Faktor mit einem Eigenwert von 8,4, der 37% der Varianz klärte, luden sämtliche Variablen, die Ressourcen der Kinder und ihrer Familien beschreiben, mit vergleichsweise hohen Koeffizienten (.48 bis .79). Damit war das gleichsinnige Wirken von individuellen und familiären Ressourcen belegt. Der zweite Faktor (Eigenwert 2,28) fügte diesem noch 9,9% Varianzaufklärung hinzu und lud die Familiendynamik mit Ressourcen und Risiken, dabei als stärkstes Item die psychischen Risiken der Eltern. Der dritte Faktor (Eigenwert 1,44) klärte zusätzlich 6,3% der Varianz und lud die Risiken insbesondere der Kinder, voran die Psyche, dann die Fakten. Weitere Faktoren waren ein Biographie-Faktor, ein Sozialanamnese-Faktor aus Trennungsjahren der Eltern und Kinderzahl, und als alleiniger Faktor Arbeitslosigkeit eines Elternteils (Eigenwert 1,05, Varianz pct. 4,6). Die gemeinsame Varianzaufklärung für alle Faktoren betrug 68,4%.

6.5 Gruppenunterscheidung durch Diskriminanzanalyse

In einem weiteren Schritt wurde geprüft, ob sich anhand dieser Faktoren die Gruppenzugehörigkeit (Familie mit mindestens einem auffälligen Kind aus Feld und

³ Diese wurde aufgrund der notwendigen Vollständigkeit der Daten nur mit Familien gerechnet, von denen alle Daten vorhanden waren ($n = 89$ Familien).

Ambulanz oder unauffällige Feldfamilie) vorhersagen ließ. Hierzu wurde eine Diskriminanzfunktion errechnet.

Es gelang eine hochsignifikante Gruppenzuordnung (Wilk's Lambda betrug .54, Eigenwert der kanon. Diskriminanzfunktion 1.24, kanon. Korrelation 0.74; $p < .001$; $\chi^2 = 90.594$, $df = 6$, $p < .001$). Hierbei kam dem Faktor 2 die größte Diskriminanzstärke zu.

Tab. 2: Standardisierte Koeffizienten der kanonischen Diskriminanzfunktion

Faktor 2 = Familiendynamik und Risiken	.9567
Faktor 3 = Ressourcen und Risiken Kinder/Probleme	.6020
Faktor 6 = Arbeitslosigkeit eines Elternteils	.4262
Faktor 1 = Ressourcen	-.3796
Faktor 5 = Sozialfaktor	.2574
Faktor 4 = Biographie-Risiken und Eltern-Facts	-.1930

Das bedeutet, dass aufgrund der Ratings Familien mit kindlichen Verhaltensauffälligkeiten stärker durch ihre Risiken und eine problematische Familiendynamik bestimmt werden können, sogar mehr durch eine bestehende Arbeitslosigkeit eines Elternteils, als dass Ressourcen die unauffälligen Familien abgrenzen würden.

6.6 Familienstruktur nach dem Circumplex-Modell

Bei den untersuchten Feldfamilien fand sich eine überdurchschnittlich hohe familiäre Kohäsion: 70% waren mithilfe der CRS-Ursprungsversion als verbunden oder verstrickt einzustufen. Fast 80% unserer Feldfamilien zeigten eine eher geringe Adaptabilität, sodass sie als strukturiert bis rigide eingestuft wurden.

Tab. 3: Verteilung der Feldstichprobe auf den Dimensionen Adaptabilität und Kohäsion nach dem Circumplex model (Prozentangaben; $n = 77$)

Kohäsion Adaptabilität	losgelöst	getrennt	verbunden	verstrickt	Summe
rigid	2,6	1,3	14,3	9,1	27,3
strukturiert	1,3	11,7	31,2	6,5	50,7
flexibel	1,3	6,5	3,9	2,6	14,3
chaotisch	5,2	0	1,3	1,3	7,8
Summe	10,4	19,5	50,7	19,5	100

Mit Familienmerkmalen der Ratings zu Risiken und Ressourcen ergaben sich überwiegend keine signifikanten Zusammenhänge. Die Adaptabilitätsdimension zeigte einen Zusammenhang mit den faktischen Ressourcen der Kinder ($r = ,2444$; $p < .05$), und daneben mit der Aufenthaltsdauer der Mutter in Deutschland ($r = ,3168$; $p < .01$), d.h. je länger der Aufenthalt der Mütter hier, desto geringer die Rigidität in der CRS. Die Gruppe der Ambulanzfamilien zeigte keine wesentlich anderen Erkenntnisse.

Es fand sich in der Gesamtgruppe kein signifikanter statistischer Zusammenhang zwischen der dreistufigen Einordnung von unauffällig bis auffällig und der Symptombelastung der Kinder. Nach Modifikation der CRS-Auffälligkeit von drei in vier Stufen, das heißt, nachdem Verstricktheit als kulturtypisch im Sinne einer eher kollektivistischen Haltung und nachdem höhere Rigidität oder höhere Kohäsion noch als funktional unter Migrationsbedingungen definiert wurden (vgl. Methode), wurde ein statistischer Zusammenhang zur Störung der Kinder deutlich ($U = 348,5$; $df = 86$; $p < .001$). 80% der unauffälligen Familien erzielten dann Bewertungen im funktionalen Bereich der modifizierten CRS.

Tab. 4: Verteilung der Ambulanzstichprobe auf den Dimensionen Adaptabilität und Kohäsion nach dem Circumplex model. (Prozentangaben; $n = 40$)

Kohäsion Adaptabilität	losgelöst	getrennt	verbunden	verstrickt	Summe
rigid	7,5	2,5	2,5	22,5	35,0
strukturiert	2,5	0	10,0	15,0	27,5
flexibel	0	10,0	5,0	0	15,0
chaotisch	5,0	2,5	5,0	10,0	22,5
Summe	15,0	15,0	22,5	47,5	100

Rangkorrelationen zwischen dem strukturellen Funktionsniveau der Familien und anderen Variablen des Teamratings zeigten nach der Re kategorisierung bedeutsame Zusammenhänge mäßiger Ausprägung mit den individuellen und familiären Ressourcen und Risiken. Höhere Ressourcen bei allen vier Dimensionen des kontextuellen Familienmodells von Boszormenyi-Nagy und Krasner (1986) gingen mit einem höheren strukturellen Funktionsniveau der CRS einher (hochsignifikant mit $p .001$ für elterliche psychische Ressourcen sowie faktische und biographische Ressourcen der Kinder, Ressourcen in den Dimensionen Transaktionen und Beziehungsethik; nicht signifikant für elterliche biographische Ressourcen) während die Risiken mit Dysfunktionalität in einem bedeutsamen Zusammenhang standen (hochsignifikant mit $p .001$ für alle Dimensionen bis auf die biographischen).

7 Diskussion

Die Häufigkeit von Symptomverhalten bei Kindern in den untersuchten Zuwandererfamilien aus der Türkei entspricht mit 24% den Ergebnissen epidemiologischer Studien für deutsche Kinder ähnlicher Sozialschichtzugehörigkeit (z.B. Poustka 1984; Remschmidt u. Walter 1992). Unser Zugang hatte den Vorteil, dass die Elternangaben mit dem klinischen Eindruck und den eigenen Angaben der Jugendlichen verglichen werden konnten, was falsch positive Zuweisungen von Auffälligkeiten verhinderte. Die von uns untersuchten Migrantenkinder waren damit nicht seltener und nicht häufiger psychisch auffällig als einheimische.

Die Hypothese, dass Ressourcen zwischen Familien mit auffälligen und unauffälligen Kindern unterschiedlich verteilt sind, konnte bestätigt werden. Die Faktorenanalyse bekräftigte, dass Ressourcen auf der individuellen, sozial-faktischen und psychischen, und auf der familiären Ebene in die gleiche gemeinsame Richtung wirken und in gewisser Weise interdependent sind. Die geringe Diskriminanzkraft des Ressourcenfaktors in der Unterscheidung zwischen der symptombelasteten und unbelasteten Gruppe von Familien bedeutet andererseits, dass sich Ressourcen nicht einseitig den unauffälligen Familien zuordnen lassen. Dieses Ergebnis ist für jegliches therapeutische Vorgehen wichtig, da die vorhandenen Ressourcen den Anknüpfungspunkt für eine Therapie darstellen.

Hinsichtlich ihrer protektiven Wirkung auf kindliche Verhaltensauffälligkeiten zeigten väterliche faktische Ressourcen die größte statistische Relevanz, gefolgt von Ressourcen in der Beziehungsethik-Dimension, die gemeinsam (mit 24% Varianzaufklärung in der Regressionsrechnung) jedoch keinen besonders hohen Grad an Vorhersage von seelischer Auffälligkeit bzw. Unauffälligkeit erreichen. Die Bedeutung des Vaters für kindliche Auffälligkeiten ist dennoch eine gewichtige Aussage aus unserer Studie, die mit den Ergebnissen von Moilanen und Myhrmann (1989) parallel geht. Möglicherweise war hier auch von Bedeutung, dass die meisten Familien aus dörflicher Herkunft stammten und dass die Mütter zu fast der Hälfte nicht berufstätig und zu fast einem Viertel ohne Schulbildung waren, das heißt, dass die Chancen zum Vorhandensein von individuellen faktischen Ressourcen zwischen den Eltern ungleich ausfielen.

Eine bessere Vorhersage kindlicher Verhaltensauffälligkeiten in Familien als durch Ressourcen wurde durch den Faktor erzielt, der die Familiendynamik als gegenläufiges Wirken von Risiken und Ressourcen in den Dimensionen Transaktionen und Beziehungsethik darstellte, und zwar interdependent mit den psychischen Risiken von Kindern und Eltern. Die faktischen Risiken von Eltern und Kindern wirkten auf diesem Faktor in die gleiche Richtung wie die psychischen. In der Interdependenz von faktischen und dynamischen Variablen spiegelt sich wider, dass die faktische Situation bei Eltern und Kindern die psychische beeinflusst und umgekehrt; das heißt: auffällige Kinder suchen oder schaffen sich beispielsweise eine auffällige Peer-Umgebung, oder sie bereiten den Eltern Sorgen bezüglich der Schule.

Die Bedeutung der Faktizität lässt sich durchgängig demonstrieren: Faktor 3 lädt sowohl die kindlichen faktischen Risiken als auch die Ressourcen gemeinsam mit biographischen Risiken der Kinder und der Problembelastung der Familie und hat die zweithöchste Diskriminanzwirkung bezüglich der Symptombelastung.

Ein interessantes Nebenergebnis ist, dass der Dimension elterlicher Risiken in der Biographie – von uns eigens als zusätzliche Dimension codiert, da häufig unter der Theorie transgenerationaler Traumatisierungen als ätiologisch für psychische Störungen angeführt – keine nennenswerte Bedeutung hinsichtlich einer Unterscheidung von zugewanderten Familien mit auffälligen und nicht-auffälligen Kindern zukommt. Dies war auffallend, da sich sehr wohl Elternpersönlichkeiten mit schweren biographischen Traumatisierungen in unserer Untersuchungspopulation befanden. Hinsichtlich des Gruppenunterschieds von Familien mit und ohne symptomatischen Kindern spielten elterliche biographische Ressourcen, die auf dem dritten

Faktor mit der zweithöchsten Diskriminanzwirkung luden, offensichtlich eine größere Rolle. Letztlich bestätigt sich durch unsere Ergebnisse das Modell von Boszormenyi-Nagy (u. Krasner 1986), das ursprünglich auf die biographische Dimension verzichtete und biographische Ressourcen auf der Ebene der Psyche der Eltern – im psychoanalytischen Sinne positiver Introjekte – ansiedelt.

Mit der Arbeitslosigkeit eines zugewanderten Elternteils als drittstärkster Diskriminanzvariable noch vor den Ressourcen einer Familie zeigt sich eine sozialpolitische Dimension: In der Psychohygiene der Familien übt die Arbeitslosigkeit eines Elternteils eine signifikant destabilisierende Wirkung auch auf die seelische Gesundheit der Kinder aus. Die von uns untersuchten Familien waren fast ausschließlich Arbeitsmigranten, das heißt, Arbeit im Gastland war der häufigste Migrationsgrund, sodass die familiäre Selbstdefinition sich daran ausrichtete. Freitag (2000) fand eine bedeutsame Korrelation von selbstbeschriebenen Auffälligkeiten Jugendlicher zur Arbeitslosigkeit oder Frühberentung nur der Mutter; diese war bei türkeistämmigen Jugendlichen am häufigsten und zeigte von allen Risiken die höchste Odds Ratio in Hinsicht auf psychopathologische Auffälligkeiten.

Die Bedeutung der soziodemographischen Gegebenheiten war unseres Ermessens in den Studien, die bis dato Auffälligkeiten von zugewanderten Kindern darauf nicht zurückführen konnten, nicht differenziert genug und vor allem nicht bezogen auf deren subjektive Bedeutung für die Zuwandererfamilien erhoben worden. Faktische Risiken und Ressourcen wurden hier aus den Interviews heraus, das heißt aus der Sicht der Betroffenen codiert. An dieser Stelle lässt sich gut der Vorteil qualitativer Verfahren bei Untersuchungen in ethnographischen Zusammenhängen belegen (vgl. Fegert u. Gerwert 1993), denn so können etwa Einkommen oder Wohnverhältnisse auch in Beziehung zu den Erfahrungen der Familie im Herkunftsland betrachtet werden. Verglichen mit Steinhausens (1985) und Freitags (2000) Ergebnissen kommt auch in unserer Studie der Anzahl der Migrationen und der dörflichen oder städtischen Herkunft (Steinhausen) sowie beengten Wohnverhältnissen (Freitag) an sich keine Bedeutung zu, ebenso wenig dem Bildungsgrad der Eltern. Gerade in diesen Kategorien ist eine Vergleichbarkeit mit deutschen Normvorstellungen nicht gegeben; eine Bedeutung kam solchen Variablen in unserer Befragung dann zu, wenn sie als Belastungsfaktor im Interview erwähnt wurden – wenn beispielsweise aufgrund der Herkunft aus einer anderen Region der Türkei als der Heimat der Nachbarschaft in der monoethnischen Wohnumgebung ein Mangel an sozialer Einbindung geschildert wurde.

Unsere Ergebnisse zu Kohäsion und Adaptabilität stimmen mit Befunden aus dem Herkunftsland der untersuchten Zuwandererfamilien überein. Levi (1984) untersuchte den Kohäsionsgrad klinischer und nicht-klinischer Familien in Istanbul und fand keine der Familien, die sich als losgelöst beschrieb. Vielmehr beschrieben sich 90% der nicht-klinischen und 70% der klinischen Familien gleicher sozialer Schichtzugehörigkeit als verbunden oder verstrickt. Levi folgerte daraus, dass die Dimension Kohäsion kein familiäres Merkmal, sondern eine kulturelle Norm erfasse. In einer weitergehenden Kritik führte sie aus, dass die Subkategorisierung insbesondere für nicht-amerikanische Familien konzeptuelle Schwierigkeiten aufwirft. So sei etwa die gemeinsame Freizeitgestaltung einer türkische Unterschichtfamilie

mit sehr beengten Wohnverhältnisse hinsichtlich der „emotionalen Bindung der Familienmitglieder zueinander“ anders zu gewichten als bei einer amerikanischen Mittelschichtfamilie. Fisek (1982, 1991) fand ebenfalls hohe Kohäsionswerte, die aus ihrer Sicht die kulturelle Norm in der Türkei widerspiegeln und die nicht mit Problemverhalten der Kinder korrelierten. Zudem fand sie eine hohe Abhängigkeit der Dimension Adaptabilität vom Bildungsgrad der Eltern: je höher der Bildungsgrad der Eltern, umso mehr sei Flexibilität in den Rollenzuweisungen zu erwarten. Dies lässt sich mit unserem Ergebnis der Korrelation von Adaptabilität mit der jeweiligen Aufenthaltsdauer der Mutter in Deutschland überein bringen.

Olson und Mitarbeiter (1985, zit. bei Thomas 1988) nehmen an, dass auch funktionale Familien in den extremen Bereichen des Modells abgebildet werden können, wenn die normativen Erwartungen der Familien extremes Verhalten auf einer oder beiden Dimensionen unterstützen, mit anderen Worten: auch extreme Familientypen können funktional sein, solange alle Mitglieder des Systems sich damit identifizieren. Rigidität wurde von uns als eine teilweise funktionale Elternhaltung angesichts der Komplexität von neuen Anforderungen in der Migration angesehen (vgl. Fisek u. Schepker 1997). Desgleichen ist eine hohe oder sogar höhere Kohäsion der Familie funktional in einer Umgebung, die ein neues Aufeinander-angewiesen-Sein in der Majoritätskultur erfordert: Die Familienmitglieder werden sich Sprachkompetenz gegenseitig zur Verfügung stellen, sich abgrenzen gegen Projektionen von Fremdheit, so dass auch an diesem Punkt verdeutlicht wird, warum nach Schlüter-Müller (1992) Diskriminierungserfahrungen möglicherweise erst dann pathogene Wirkungen entfalten, wenn sie mit Streit der Jugendlichen mit ihren Eltern einhergehen. Levi (1984) fand in ihrem Istanbul Normalkollektiv keine losgelösten Familien. In unserer Studie existierten „losgelöste Familien“, dieses Merkmal erwies sich allerdings für die psychische Situation der jeweiligen Kinder als unzutraglich. Nahezu jede betroffene Familie mit dem Merkmal „losgelöst“ wies psychische Auffälligkeit bei mindestens einem Kind auf. Eine Gefahr für die psychische Gesundheit in Zuwandererfamilien entsteht demnach nicht durch starren oder rigiden Umgang mit Regulierungen und Anforderungen, sondern durch Chaos (das heißt, zu hohe Flexibilität im Sinne von Beliebigkeit), nicht durch zu enge Bindungen, sondern durch deren Verlust.

Familien verfügen über vielfältige eigene Mechanismen, um sich dem erforderlichen Wandel nach Migration schrittweise anzupassen und Störungen bei den Kindern dadurch vorzubeugen. Jedoch können die familiären Ressourcen in den untersuchten Familien nicht in einer Weise verklärt werden, dass sie Risiken voll auffangen und ausgleichen könnten – im Gegenteil ist die Durchschlagskraft faktischer Voraussetzungen wie Arbeitslosigkeit als hoch anzusehen.

Aufgrund der bekanntlich geringen Inanspruchnahme jugendpsychiatrischer Beratung und Behandlung durch türkeistämmige Familien wäre ebenfalls zu diskutieren, inwieweit besondere innerfamiliäre Ressourcen fachliche Hilfen entbehrlich machen, jedoch ließ sich ein Unterschied zwischen aufsuchenden und fernbleibenden Familien mit auffälligen Kindern hinsichtlich der Ressourcen nicht bestätigen (Schepker et al. 1999). Auf die Eigendynamik reparativer Funktionen kann man sich daher nicht verlassen, sofern eine Störung einmal manifest geworden ist. Daraus

folgt die Notwendigkeit eines breiten Ausbaus kulturadäquater Versorgungsangebote, zu dem mittlerweile eine wachsende Zahl an Veröffentlichungen existiert (z. B. Salman et al. 1999; Koch et al. 2000; Heise u. Schuler 2000). Aufgrund unserer Ergebnisse sollten auch institutionellen Kapazitäten für Sozialmanagement-Interventionen vorgehalten werden.

Für die Beratung und Behandlung empfiehlt sich nach unseren Ergebnissen methodisch ein familientherapeutisches Procedere, da sich die Familiendynamik und die Pathologie der Eltern als hoch interdependent mit den psychischen Risiken der Kinder fanden. Ressourcen im Bereich der familiären Interaktion kommt nachweislich eine Wirkung gegen die individuellen Risiken von Eltern und Kindern zu. Ein ressourcenorientiertes Vorgehen erscheint nicht zuletzt wegen der hohen Interdependenz der Ressourcen untereinander von Vorteil, wobei anzustreben sein wird, bestehende Ressourcen zu verstärken. Das Positive der Ressourcen liegt nach unseren Ergebnissen womöglich weniger in ihrer protektiven Wirkung auf Ebene einzelner Dimensionen als in ihrer gleichsinnigen Wirkrichtung.

Literatur

- Boszormenyi-Nagy, I.; Krasner, B.R. (1986): *Between Give and Take*. New York: Brunner & Mazel.
- Erdheim, M. (1995): Gibt es ein Ende der Adoleszenz? Betrachtungen aus ethnopsychoanalytischer Sicht. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 44: 81-85.
- FABER – Folgen der Arbeitsmigration für Bildung und Erziehung (1990): Dokumentation des von U. Neumann, M. Krüger-Potratz, I. Gogolin und H.H. Reich konzipierten Antrags in: *Deutsch Lernen* 1 / 1990: 70-87.
- Fegert, J.; Gerwert, U. (1993): Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 42: 293-298.
- Fisek, G.O. (1982): Psychopathology and the Turkish family: A family systems theory analysis. In: Kagitçibasi, C. (Hg.): *Sex roles, family and community in Turkey*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Fisek, G.O. (1991): A cross-cultural examination of proximity and hierarchy as dimensions of family structure. *Family Process* 30: 121-133.
- Fisek, G.O.; Schepker, R. (1997): Kontext-Bewußtheit in der transkulturellen Psychotherapie: deutsch-türkische Erfahrung. *Familiendynamik* 22: 396-412.
- Fonagy, P.; Steele, M.; Steele, H.; Higgitt, A.; Target, M. (1994): The theory and practice of resilience. The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 35: 231-257.
- Freitag, C.M. (2000): Sozialstatus und Verhaltensstörungen. Ein Vergleich zwischen Jugendlichen aus deutschen und ausländischen Familien. Eschborn: D. Klotz.
- Garmezy, N.; Masten, A.S. (1994): Chronic adversities. In: Rutter, M.; Taylor, E.; Hersov, L. (Hg.): *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. Oxford: Blackwell, S. 191-208.
- Heise, T.; Schuler, J. (Hg.) (2000): *Transkulturelle Beratung, Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland*. Berlin: VWB.
- Höök, B.; Hägglof, B.; Thernlund, G. (1995): Life events and behavioural deviances in Childhood: A longitudinal study of a normal population. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 4: 153-164.
- Koch, E.; Schepker, R.; Taneli, S. (Hg.) (2000): *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Deutsch-türkische Perspektiven*. Freiburg: Lambertus.
- Levi, H. (1984): Should all enmeshed families be regarded as dysfunctional – a study of the circumplex model of marital and family systems. Istanbul: M. A. Thesis, Bogazici University.
- Mayring, P. (1988): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.

- Moilanen, I.; Myhrman, A. (1989): Akklimatisation von Rücksiedlerkindern und -adoleszenten. *Z. Kinder- Jugendpsychiatrie* 17: 10-16.
- Poustka, F. (1984): *Psychiatrische Störungen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer*. Stuttgart: Enke.
- Prosser, J.; Mc Ardle, P. (1996): The changing mental health of children and adolescents: evidence for a deterioration? *Psychol. Med.* 26: 715-725.
- Remschmidt, H.; Walter, R. (1990): *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung*. Göttingen: Hogrefe.
- Salman, R.; Tuna, S.; Lessing, A. (Hg.) (1999): *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Gießen: Edition psychosozial.
- Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A. (1999): Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus Sicht der Betroffenen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 48: 664-676.
- Schlüter-Müller, S. (1992): *Psychische Probleme von jungen Türken in Deutschland*. Eschborn: D. Klotz.
- Steinhausen, H.C. (1985): Psychiatric disorders in children and family dysfunction. A study of migrant workers families. *Social Psychiatry* 20: 11-16.
- Steinhausen, H.C.; Edinsel, E.; Fegert, J.M.; Göbel, D.; Reister, E.; Rentz, A. (1990): Child psychiatric disorders and family dysfunction in migrant worker's and military families. *Eur. Arch. Psychiat. Neurol. Sci.* 239: 257-262.
- Stierlin, H. (1978): *Delegation und Familie*. Frankfurt: Suhrkamp
- Thomas, V. (1988): Das „circumplex-Model“ und der FACES. In: Cierpka, M. (Hg.): *Familiendiagnostik*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 241-270.
- Walter, J. (1994): *Psychische und familiäre Dynamik von Flüchtlingsfamilien. Ein kasuistischer Beitrag*. In: Kiesel, D.; Kriechhammer-Yagmur, S.; von Lüpke, H. (Hg.): *Kränkung und Krankheit. Psychische und Psychosomatische Folgen der Migration*. Frankfurt: Haag und Herchen, S. 55-80.
- Werner, E.E. (1985): Stress and protective factors in children's lives. In: Nicol, A.R. (Hg.): *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry. Practical lessons from research experience*. Chichester: Wiley, S. 335-355.

Korrespondenzadresse: Priv.-Doz. Dr. med. Renate Schepker, Westfälisches Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik Hamm, Heithofer Allee 64, 59071 Hamm.