

4. Migration und Risiken psychischer Störungen

Es gibt nur wenige Untersuchungen über die psychosoziale Situation der ausländischen Bevölkerung in der BRD. Diese beschäftigen sich hauptsächlich mit der türkischen Bevölkerung und anderen Gastarbeitergruppen. Über die Gruppe der Heiratsmigrantinnen gibt es nur einzelne Artikel in spezifischen Veröffentlichungen von Fraueninitiativen wie agisra, solwodi u.ä., und seit kurzem die ausführliche Untersuchung von NIESNER U.A.

Der Begriff '*psychosozial*' geht auf Erikson zurück. Er drückt das Zusammenwirken von individual-psychologischen und den systematischen Einflüssen der sozio-kulturellen Umwelt aus, macht dieses sichtbar und verständlich und zeigt den Zusammenhang von sozialer Organisation und deren Auswirkung auf das Individuum (SIEBERT-SCHROEDER, 494). In diesem Sinne sind psychosoziale Probleme, die als Identitätsprobleme erfahren und als Anpassungsprobleme beschrieben werden, gewissermaßen 'normal'.

VON KLITZING bezeichnet die Migration als geographische Mobilität, die für die betroffenen Personen, ihre Familien, die Herkunfts- aber auch die Einwanderungsländer einschneidende Veränderungen bringt (12-13; siehe auch Punkt 2.1.). Im Zusammenhang mit der Themenstellung dieser Arbeit interessieren zunächst die psychischen Veränderungen, die Migration bei den MigrantInnen selbst bewirken kann.

4.1. Auswirkungen geographischer Mobilität auf MigrantInnen

Verschiedene Untersuchungen belegen, dass die Zerstörung sozialer Strukturen, wie sie durch die Migration zwangsläufig erfolgt, ein wesentlicher Nährboden für psychische Störungen bei Migranten ist und dass von daher ein enger Zusammenhang zwischen Migration und anomischen Sozial- und Persönlichkeitsstrukturen gesehen werden muß. (VON KLITZING, 24)

4.1.1. Geographische Mobilität und soziale Desorganisation

ALBRECHT hat festgestellt, dass die Auswanderung der Kernfamilie mit den Verwandten "als äußerst günstig für die psychosoziale Situation der

Familienglieder zu beurteilen" ist. Wandert aber lediglich die Kernfamilie oder gar nur einzelne ihrer Mitglieder aus, "... so ist die Gefahr der Auflösung der vormals stabilisierenden Familienbande groß." Jedoch kann "die Mitgliedschaft in einer ethnisch und soziokulturell homogenen und bereits strukturierten Minderheitensubkultur ... und die Aufrechterhaltung von Beziehungen zum Ursprungsort ... die Gefahren persönlicher und sozialer Desorganisation eindämmen." Nur dann, wenn der Kulturwechsel abrupt stattfindet und feste soziale Beziehungen fehlen, besteht eine erhöhte Gefahr der Desorientierung. Der Abbruch der sozialen Beziehungen in der Heimat und der Versuch der Integration in neue Gruppen verursachen eine Frustration und beeinträchtigen wesentlich die psychische Stabilität von Migranten (von KLITZING, 24).

4.1.2. Geographische Mobilität und personale Desorganisation

Verschiedene Forschungsansätze bestätigen, dass auch Zusammenhänge zwischen geographischer Mobilität und bestimmten Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen bestehen. Dabei spielen auch die im vorherigen Abschnitt erwähnten Beeinträchtigungen sozialer Strukturen eine Rolle.

THYHORST entwickelte die These von zwei charakteristischen Perioden psychischer Reaktion in Bezug auf den Ortswechsel:

"1.) eine etwa zwei Monate dauernde Initialperiode nach der Ankunft mit subjektivem Gefühl von Wohlbefinden, Tendenzen zu verstärkter psychomotorischer Aktivität und begrenztem Interesse an der neuen Umwelt,

2.) eine 'Periode der psychologischen Ankunft' mit Bewußtwerden der Schwierigkeiten, Idealisierung der Heimat und schließlich mit dem 6. Monat Offensichtlichwerden psychiatrischer Reaktionen." (VON KLITZING, 26).

Bei den Migranten zeigen sich in dieser 2. Phase Mißtrauen und paranoide Tendenzen, Angst, Depressionen und psychosomatische Beschwerden. Der Grund wird in der Interaktion von sozialen Faktoren mit individuellen Veranlagungen gesehen, die zu völlig neuen Persönlichkeitsorganisationen führen können. "Die zunehmende Individualisierung" der Migranten, "ihre Isolation, die Notwendigkeit einer Neuorientierung von Werten zusammen mit der wachsenden Wahrnehmung der Relativität früher stabiler Werte führen zu Unsicherheit und Angst. Die durch die Migration entstehenden Frustrationen gepaart mit Hilflosigkeit den neuen Lebensbedingungen gegenüber

können zu einer gesteigerten Aggressivität führen, die das Einleben in die neue Umgebung zusätzlich erschweren." Diese Aggressivität sei jedoch nicht nur Folge ihrer Frustrationen, sondern eine primäre Folge der Migration (EBD. 26).

Andere Arbeiten versuchen zu erklären, warum manche Migranten in hohem Maß an seelischen Störungen leiden, während andere die Folgen der Migration relativ leicht überwinden. Dieser Unterschied liege vor allem in überhöhten Erwartungen und dem Informationsgrad über das neue Land.

ALBRECHT nennt vier Faktoren zur Erklärung der Beziehung zwischen Migration und psychischer Erkrankung:

- Die Migranten waren bereits psychisch erkrankt, bevor sie ausreisten.
- Die Migration führte zu psychischen Problemen.
- Migration könnte mit bestimmten demographischen Merkmalen korrelieren, die eine unterschiedliche Belastung mit psychischen Erkrankungen bewirken.
- Die Interaktion der Migranten mit der aufnehmenden Gesellschaft führt zu einer größeren Gefährdung psychischer Gesundheit (VON KLITZING, 27).

Bei den psychischen Folgen der Heiratsmigration treffen meiner Meinung nach eher ein komplexeres Zusammenspiel aller vier Faktoren zu.

4.2. Ursachen und Entstehungstheorien psychischer Störungen bei MigrantInnen

Der Zusammenhang von Migration und Gesundheit ist traditionell Gegenstand zahlreicher Untersuchungen gewesen. Seit den großen Einwanderungswellen in die USA gibt es - stark verkürzt formuliert - zwei Theorien: Die Selektionstheorie und die Theorie der soziokulturellen Risikofaktoren oder Streßtheorie.

4.2.1. Selektionstheorie

Nach der Selektionstheorie entschließen sich nur solche Personen zur Migration, die sich im Heimatland nicht zurechtfinden konnten. Sie bringen quasi eine Neigung zu psychischer Auffälligkeit mit.

Obwohl diese Theorie in Einzelfällen zutreffend sein mag, darf sie nicht verallgemeinert werden, da keine ausreichenden empirischen Daten dafür vorliegen. "Die Gegenthese, dass es nämlich gerade die Personen mit besonderer Stabilität bzw. einer gewissen Ich-Stärke sind, die vor dem Hintergrund sozialer Stagnation im Herkunftsland den sozialen Aufstieg durch die Auswanderung suchen, scheint ebenso plausibel."
(VON KLITZING. 35)

4.2.2. Streßtheorie

Die zweite Theorie spricht von soziokulturellen Risikofaktoren wie Klimawechsel¹, Ernährungsumstellung, mangelnde Sprachkenntnisse und Kulturschock und geht davon aus, dass die Migrationssituation als solche und die Anpassungsschwierigkeiten im Einwanderungsland so belastend sind, dass dies eine höhere psychische Morbidität bedingt (GROTTIAN, 55).

Die Adaption an eine andere Kultur, verbunden mit dem Verlust von Heimat und dem sozialen Netz stellen extreme Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit der Heiratsmigrantinnen und sind somit geradezu "klassische Stressoren".²

GRINBERG UND GRINBERG beschreiben die Migration als eine *Krisensituation*. Krisen sind Übergangsphasen, die sowohl eine Wachstumschance als auch eine Gefahr überhöhter Anfälligkeit für psychische Störungen beinhalten. Trauma und Krise sind jedoch keine isolierte Erfahrung, die im Augenblick der Trennung oder im Moment der Ankunft im neuen, unbekanntem Ort stattfinden wird, sondern in einem Zusammenhang von verschiedenen Faktoren zu sehen ist. GRINBERG UND GRINBERG glauben, "dass die spezifische Qualität der Reaktion auf die traumatische Erfahrung der Migration das 'Gefühl der Verlassenheit'

¹21 der 35 befragten Frauen gaben an, mit dem kalten Wetter in Deutschland Probleme zu haben.

² Ein klassischer Stressor ist jedes Ereignis, in dem äußere und innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeiten eines Individuums, eines sozialen Systems oder eines organismischen Systems beanspruchen oder übersteigen (LAZARUS UND LAUNIER).

ist". Das Risiko, Verlassenheit zu erleben, ist größer, wenn in der Kindheit wichtige Entbehrungs- und Trennungssituationen und darauffolgende Angst- und Verlassenheitserfahrungen gemacht wurden (GRINBERG, 12).

Jedoch weist VIKTOR FRANKL darauf hin, dass die Tatsache, ob "ein seelisches Trauma, also ein entsprechend schweres Erlebnis, ... auf einen Menschen überhaupt verletzend und auf die Dauer schädigend wirkt, ... jeweils am Menschen, an seiner ganzen Charakterstruktur, also nicht am Erlebnis selbst, das er erfahren mußte" liegt (FRANKL, 123).

4.2.3. Sonstige Ursachen

Nach Darstellung der beiden gängigen Theorien über die Ursachen von psychischen Störungen bei Migranten, möchte ich nun das von Selektion und Risikofaktoren beherrschte Modell von FRIEBEM u.a. erwähnen. Zuvor muß jedoch gesagt werden, dass Migranten außer den für Ausländer typischen Risikofaktoren wie Klimawechsel, Ernährungsumstellung, Wohnumfeld, Wechsel vom Land in die Stadt, mangelnde Sprachkenntnisse und Kulturschock, einem weiteren Faktor unterworfen sind, der zu psychischen Störungen prädisponiert, nämlich die Zugehörigkeit zur Unterschicht. Für Angehörige der Unterschicht ist die Migration daher nur noch eine zusätzliche Belastung. FRIEBEM unterscheidet in seiner Untersuchung zwischen Patienten mit einer erhöhten psychischen Morbiditätsrate vor der Migration und solchen, die keine "morbiden" Auffälligkeiten vorwies und erst vor dem Hintergrund der Migration auffällig wurden.

Die Konzepte von Selektion und soziokulturellen Risikofaktoren werden von BÖKER noch näher erläutert, indem er nämlich behauptet, dass sich die sozio-ökonomischen Migrationsmotive von Migranten aus dem "Kräftespiel zweier Vektoren" ergeben. Der eine Vektor sind aus der Heimat wegstoßende soziale Kräfte, wie z.B. Armut oder Arbeitslosigkeit, der andere sind anlockende Kräfte des Gastlandes, die einen sozialen Aufstieg versprechen.

Darüber hinaus gibt es nach BÖKER aber noch mehr individuelle Motive wie "Familienschwierigkeiten, psychische Labilität bis hin zu einer Disharmonie mit der lokalen Umwelt, die sich aus präpsychotischen Persönlichkeitszügen erklären ließen" (VON KLITZING, 35).

Die Theorie der Risikofaktoren mißt den bereits erwähnten Streßfaktoren, die die Migration mit sich bringt, eine große pathogenetische Bedeutung zu. Hier ist besonders der Kulturschock zu erwähnen. Er entsteht vor allem durch die Diskrepanz zwischen der modernen Industriegesellschaft und den andersartigen Arbeitsgewohnheiten, Sitten und Wertnormen in den Herkunftsländern der Migranten, aber auch durch ihre Zielvorstellungen und der dann vorgefundenen Realität. Die dadurch entstandenen Dissonanzen können die seelische Gesundheit erheblich gefährden (VON KLITZING, 36).

In Erfahrungsberichten von Wohlfahrtsverbänden, die südostasiatische Kontingentflüchtlinge betreuen, werden als Ursachen für psychische Probleme neben "der Verschiedenheit der Gesellschaftssysteme von Aufnahmeland und Herkunftsländern" und dem "hohen Anpassungszwang des Aufnahmelandes" u.a. auch das andere Zeitempfinden, die andere Lebensphilosophie und die Schwierigkeiten beim Spracherwerb³ gesehen (BLUME 1988, 491).

4.3. Psychische Störungen bei MigrantInnen

Als psychosoziale Folgen der Migration habe ich bereits die Phänomene der sozialen und personalen Desorganisation erwähnt. Diese äußern sich in den verschiedensten psychosomatischen Symptomen und Syndromen, von denen einige in den nächsten Unterabschnitten erläutert werden sollen.

Die Befragung der 35 Thailänderinnen zeigte folgende Beschwerden, unter denen die Frauen mehr oder weniger oft leiden. Die einzelnen Frauen nannten dabei bis zu neun Symptome.

Beschwerden	Nennungen
Kopfschmerzen	25
Rückenschmerzen	18
Sodbrennen, Erbrechen	6
Bauchschmerzen	7
Starke Menstruationsbeschwerden	14

³ Die Schwierigkeiten des Spracherwerbs werden von 18 der 35 befragten Thailänderinnen als eines der größten Probleme betrachtet.

Andere Frauenleiden	3	n=35
"Heimwehkrankheit" ⁴	11	
Herzbeschwerden	3	
Wutausbrüche	7	
depressive Verstimmungen	6	

Trotz der genannten Symptome erklärten 57 % der Frauen, daß sie sich gesund fühlten. 14 % gaben an, sich nicht wohl zu fühlen, aber der Arzt könne bei ihnen keine organische Erkrankung feststellen. 20 % bezeichneten sich als krank und suchen regelmäßig den Arzt auf. 9 % machten keine Angaben über ihre Gesundheitszustand.

4.3.1. Heimweh und Entwurzelungssyndrom

Übereinstimmend wird in der Literatur festgestellt, dass ausgeprägte Heimweh-Reaktionen und sog. Entwurzelungsdepressionen mehr oder weniger bei fast allen Migrantengruppen festgestellt werden können. (HUTH, 48).⁵

⁴Von der Begrifflichkeit und der Art der Fragestellung her ist hier zwischen "Heimweh haben" und "an Heimweh leiden" zu differenzieren. Während elf Frauen "an Heimweh leiden", trifft bei 34 Frauen die Aussage "Heimweh haben" zu.

⁵ Von der Begrifflichkeit her ist hier zwischen "Heimweh haben" und "an Heimweh leiden" zu differenzieren. Während elf Frauen "an Heimweh leiden", trifft bei 34 Frauen die Aussage "Heimweh haben" zu.

Die von mir befragten Thailänderinnen äußerten sich über die Intensität ihres "Heimwehs" folgendermaßen: 17 der 35 befragten Frauen gaben an, "immer" , zehn "oft" und sieben "wenig" Heimweh zu haben.

Als Symptome des Heimwehs werden ständige Traurigkeit, dauerndes Denken an die Heimat, gestörter Schlaf oder dauerndes Wachen, Nachlassen der psychischen Kräfte, Abnahme des Appetits und des Durstes, Angstgefühle u.a. genannt.

Der unsichere Aufenthaltsstatus, der bei Heiratsmigrantinnen an ein Weiterbestehen der Ehe geknüpft ist und die Ehefrau zu Wohlverhalten und Verbleiben in der Partnerschaft zwingt, auch wenn ihr Partner sie schlecht behandelt, löst einerseits Flucht Tendenzen aus, die aber durch die Gedanken an den drohenden Verlust und die wirtschaftliche Unsicherheit bei einer Rückkehr in die Heimat wieder neutralisiert wird. Diese Zwiespältigkeit erschwert jedoch ein innerliches Fußfassen in der Wahlheimat und führt vermehrt zu Heimwehreaktionen.

Die Erfahrung in unserer Beratungsstelle zeigt, dass Thailänderinnen, die ihre Kinder in einer unsicheren Versorgungslage in der Heimat zurückließen, deren Eltern krank sind und die nicht so oft in ihre Heimat zurückkehren können, anfälliger sind für Heimweh-Reaktionen und depressive Verstimmungen als Frauen, die ihre Kinder nach Deutschland holen konnten, sich nicht um ihre Eltern sorgen müssen und öfter nach Hause fliegen können. Ob die Häufigkeit der Besuche das Heimweh mindern oder vermehren, muß erst noch durch genaue Befragungen festgestellt werden.⁶

Thailänderinnen führen familiär häufig ein Doppelleben. Ihre Herkunftsfamilie bzw. ihre Kinder in Thailand, die oft finanziell von ihnen abhängig sind oder finanzielle Forderungen an sie stellen, und ihre Partnerschaft und evtl. Familie in Deutschland, die ihre wirtschaftliche Versorgung und die ihrer thailändischen Familie sicherstellt. Je größer die Harmo-

⁶ Die Befragung meiner Untersuchungsgruppe ergab, daß drei Frauen mehrmals jährlich nach Thailand fliegen, 13 fliegen einmal im Jahr, acht einmal in zwei Jahren und sechs alle drei bis vier Jahre. Eine Frau war in elf Jahren nur einmal in die Heimat zurückgekehrt, drei andere noch nie (zwei sind erst weniger als ein Jahr in Deutschland, eine andere seit zwanzig Jahren) und eine weitere hatte keine Angaben gemacht. Eine Korrelation zwischen den Variablen Heimweh und Häufigkeit der Besuche in der Heimat war jedoch nicht festzustellen.

nisierung in diesem potentiellen Konfliktbereich ist, desto weniger tendiert die Thailänderin dazu, an Heimweh zu "leiden".

KARL JASPERS beschäftigte sich in einer Dissertation mit dem Zusammenhang von Heimweh und Verbrechen und fand heraus, dass Heimweh nicht nur eine harmlose Verstimmung ist, sondern in einigen Fällen die Grundlage abgibt, auf der es zu impulsiven Akten kommt (VON KLITZING, 23).

So wurden mir Fälle von Thailänderinnen bekannt, die mit dem Messer auf ihre Männer losgingen oder sie durch Giftbeigabe ins Essen umbrachten. Der extremste mir bekannte Fall, der laut Zeitungsbericht durch Heimweh ausgelöst wurde, ist der eingangs erwähnte Fall von Frau L., die ihren beiden Söhnen die Kehle durchschnitt und sich dann zusammen mit ihnen in der Wohnung verbrannte.⁷ Andere Thailänderinnen richten die Aggressionen gegen sich selbst, verfallen der Alkoholsucht oder dem Glücksspiel, gehen der Prostitution nach oder verüben Suizid. Ob der primäre Auslöser für diese Aktionen jedoch das Heimweh ist, ist ohne empirische Untersuchungen nicht festzustellen.

4.3.2. Angst und Depressionen

Häufig äußert sich die Angst in weniger auffälligen Symptomen wie indifferente Schmerzen, Unruhe, Müdigkeit, Atembeschwerden, Beschwerden des Magen- und Darmtraktes und Muskel- und Gelenkschmerzen. Diese Symptomausprägung wird von manchen Autoren auch als verstärkte Somatisierungsbereitschaft der ausländischen Patienten angesehen. Andererseits sind solche Reaktionen bekannte und häufig auftretende Symptome der Überforderung und Angst.

Angstauslöser sind häufiges Alleingelassenwerden, mangelnde Sprachkompetenz und daraus entstehende Mißverständnisse sowie der aus der Heimat mitgebrachte Glaube an Geister- und Dämonen.

Beispiel: Eine junge Thailänderin, die sich lange ein Kind gewünscht hatte, wurde schwanger. Die Geburt und die ersten Monate danach verliefen normal. Doch nach sechs Monaten stellten sich manisch-depressive Symptome ein. Ihr Mann war beruflich stark gefordert, und so war sie tage- und nächtelang mit ihrem Kind alleine zu Hause. Schließlich wurde sie in einer Nervenklinik untergebracht und medikamentös behandelt. Eine

⁷ Siehe Zeitungsbericht in der Einführung.

notwendige Gesprächstherapie konnte jedoch aufgrund ihrer mangelnden Sprachkenntnisse nicht durchgeführt werden.

4.3.3. Mißtrauen und paranoide Reaktionen

Starke Unruhe und Angst werden auch als Leitsymptome der "akuten paranoiden Reaktion" beschrieben. Am Anfang stehen Beklemmungen, Schlafstörungen, Schlappeheit, während schließlich Panik, Halluzinationen und Wahnideen auftreten.

Beispiel: Eine Thailänderin bat mich um Hilfe, da ihr Mann sie vergiften wolle. Ihre Lebensmittel, ihre Kosmetikartikel und alles Geschirr habe er mit giftigen Chemikalien verseucht. Sie hatte schon Essensproben zur Polizei gebracht zur Untersuchung. Obwohl alle Untersuchungen negativ verliefen, beharrt sie weiterhin auf ihrem Vergiftungswahn, ist andererseits aber nicht bereit, ihren Mann zu verlassen. Ihr Mann beschwert sich, dass sie viel schläft, wenig im Haushalt macht und sich nachts mit ihren zwei Katzen in einem Zimmer einschließt.

Außer den drei erläuterten Syndromkomplexen äußern sich psychische Störungen auch als Antriebsarmut, Depression, übermäßigen Alkoholgenuß, psychosomatische Erkrankungen und Verhaltensstörungen bis hin zu psychotischen Erkrankungen.

4.4. Umgang mit psychischen Störungen bei MigrantInnen

Allgemein kann bei Asiaten eine erhöhte Sensibilität bei Fragen aus dem Bereich des Persönlichen und eine kulturspezifische Zurückhaltung, d.h. ein Verschweigen von Problemen festgestellt werden. Leiden werden oft mit einem Lächeln überspielt. Die Folge dieses Umgangs mit Gefühlen ist die Neigung, "psychische Probleme in psychosomatischen Reaktionen auszudrücken" (SIEBERT-SCHROEDER, 498)

In den Fallstudien zum Eingliederungsprozeß südostasiatischer Flüchtlinge stellt BARBARA SIEBERT-SCHROEDER weiter fest, daß kulturell bedingte Verhaltensweisen und der Mangel an Begriffen zur Beschreibung rein emotionaler Zustände dazu führen, "daß sich Gespräche über individuelles Befinden häufig in Klagen über somatische Beschwerden erschöpfen, die dann für psychische Belastungen und Probleme stehen (EBD.).

4.5. Diagnostische und therapeutische Probleme

Während sich in der somatischen Medizin Krankheit als Störung der Form oder Funktion definieren läßt, kann dies von allen nichtorganischen psychiatrischen Krankheiten nicht gesagt werden. Psychiatrische Diagnosen sind daher abhängig von der psychiatrischen Schule des diagnostizierenden Arztes, seiner Einstellung und seiner eigenen Psychopathologie. Sie sind somit eine andere Art, über eine Person ein Urteil auszudrücken.

Dies gilt in besonderem Maße im Umgang mit ausländischen Patienten. Die transkulturelle Psychiatrie hat darauf aufmerksam gemacht, dass eine psychiatrische Diagnose "auf Wahrnehmungen und Klassifizierung von Phänomenen auf unterschiedlichen Ebenen der Sprache und des Verhaltens, die zunächst zum Teil klassen- oder ethnospezifischen, ja historischen Charakter haben" beruht. Eine Einteilungssystematik von menschlichem Verhalten, die auf Normen und Werte einer kapitalistischen Gesellschaft ausgerichtet ist, muß bei der Anwendung auf Menschen, die aus einer ganz anderen Kultur und historischen Entwicklungsstufe kommen, versagen (VON KLITZING, 30-31).

Ein weiterer, die psychotherapeutische Versorgung beeinträchtigender Aspekt sind Mißverständnisse, die ihre Ursache in einem anderen Verständnis von Krankheit und Kranksein und in einer anderen Weise der Äußerung von Symptomen haben. Psychiater neigen leicht dazu, durch den Migrationsprozeß ausgelöste oder beeinflusste psychische Störungen mit kulturspezifischen Verhaltensweisen zu verwechseln.

Fallbeispiel: Herr G. erzählte, dass seine thailändische Frau immer einen Teller mehr auf den Tisch stelle und ein Stück Fleisch mehr brate, da seine Frau glaube, in einer vorherigen Existenz die Frau eines Königs gewesen zu sein. Dieser erwarte von ihr, dass sie ihn mit Essen versorge. Er hatte seine Frau auch in der Psychiatrie vorgestellt, aber man teilte ihm mit, dass man für seine Frau nichts tun könne.

Es sind aber nicht nur die Kulturbarrieren, sondern auch die Sprach- und Schichtbarrieren zwischen dem deutschen Arzt und der Migrantin, die die Ermittlung und Bearbeitung psycho-dynamischer Hintergründe unmöglich machen. Die spezifischen Termini und Metaphern einer Sprache, mit deren Hilfe die ganze Bandbreite negativer Selbstwahrnehmung artikuliert werden kann, sind zum Teil unübersetzbar oder zumindest in Bezug auf ihren soziokulturellen Hintergrund nur teilweise

verständlich. So entstehen Fehldiagnosen vor allem in der Verwechslung von psychischen und organischen Störungen (von Klitzing, 31).

Besonders deutlich treten diese Probleme bei paranoiden Phänomenen auf, die schnell einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet werden. Solche psychotischen Episoden von kurzer Dauer und guter Prognose kennt man z.B. von Afrikanern. Auch bei anderen psychischen Phänomenen gilt es, "kulturell tradierte magische Denkformen gegenüber psychotischen Inhalten abzugrenzen" und solche Zustände als "paranoide Reaktion in sprach- und kulturfremder Umgebung" zu bezeichnen. Solche Reaktionen hängen oft mit der Anpassungsproblematik von Migranten zusammen, da die Verunsicherung und Isolierung zu einer erhöhten Projektionsbereitschaft führt (EBD. 32).

Problematisch ist auch die Einordnung affektiver Symptome, besonders depressiver Syndrome bis hin zu affektiven Psychosen. Affektlagen können in unterschiedlichen Kulturen zu sehr unterschiedlichen Ausprägungen kommen.

Ein Großteil der bei ausländischen Patienten gestellten Diagnosen sagen wenig über die tatsächliche Problematik und Psychodynamik des Patienten aus, was zu dem Schluß führt, dass gerade diese Diagnosen die Kommunikationsdistanz zwischen Arzt und Patient zum Ausdruck bringen (EBD. 33).

4.6. Die Behandlung von MigrantInnen in psychiatrischen Einrichtungen

Es gibt nur einige wenige spezielle Beratungsstellen in größeren Städten, an die sich Heiratsmigrantinnen und auch Thailänderinnen wenden können, jedoch keinen einzigen Psychologen, Psychiater oder Psychotherapeuten, der die thailändische Sprache beherrscht.

Nach letzten Angaben der Königlich Thailändischen Botschaft in Bonn leben in Deutschland 31.405 Thailänder; 26.443 davon sind Frauen.

Trotz der zahlenmäßigen Zunahme dieser Gruppe von ausländischen Mitbürgerinnen ist sie psychosozial extrem unterversorgt. Es gibt nur wenige Beratungsstellen, Ärzte und Psychiater, die eine muttersprachliche Beratung anbieten können. Beratung und Therapie in vorhandenen Diensten und Einrichtungen erfordern eine ausländeradäquate

Modifikation der Beratungsansätze. Eine Konzepterweiterung erscheint mir unabdingbar, soll eine ausreichende psychosoziale Betreuung von Heiratsmigrantinnen gewährleistet werden. Besonders im Hinblick darauf, dass diese Frauen eine wichtige Sozialisationsinstanz von Kindern mit deutscher Staatsangehörigkeit darstellen - nämlich *der* Kinder, die aus diesen bikulturellen Partnerschaften hervorgehen - sollten sie als Zielgruppen von sozialen Maßnahmen und Programmen berücksichtigt werden, bevor sich ihr Leben in der Isolation und Zurückgezogenheit ihrer Wohnungen auf ihre psychische und physische Gesundheit auszuwirken beginnt und sie und ihre Kinder deswegen Kosten verursachen werden.

LICHTER nennt u.a. folgende Problembereiche, die die Behandlung von MigrantInnen in psychiatrischen Einrichtungen erschweren:

- Sprach- und Verständigungsprobleme.
- Ungenügende Kenntnis des sozio-kulturellen Hintergrunds auf der Seite des behandelnden und pflegenden Personals.
- Falsche Einschätzung der Bedeutung der Familie für den Migranten.
- Magisches Krankheits- und Heilungsverständnis der Migranten (LICHTER, 27).

Sprachschwierigkeiten behindern oder verunmöglichen das Erkennen der Krankheitsursache sowie der gesamten Psychodynamik. Sprachlosigkeit führen zu Distanz und Isolierung, die einer Veränderung des psychischen Zustandes eher hinderlich als förderlich sind.

Die Verständigungsschwierigkeiten sind jedoch nur teilweise sprachlicher Natur. Das Wahrnehmen und Verstehen bedeutungsvoller Mitteilungen setzt eine gewisse Empathie voraus, die u.a. aus der Akzeptanz der fremden Kultur resultiert (KIELHORN, 16).

4.7. Eigene Beobachtungen und Zusammenfassung

SIEBERT-SCHROEDER erläutert, daß psychosoziale Probleme, die in der Folge von Migration entstehen, als Begleiterscheinung von Assimilationsprozessen in verschiedenen Eingliederungsbereichen angesehen werden können, die als "Symptome für Unangepaßtheit" oder als "Widerstand gegen Assimilation" auftreten (193-4). Dies bedeutet, daß eine mißlungene Eingliederung möglicherweise von psychosomatischen Erkrankungen begleitet wird.

Aufgrund des kulturellen Sprachverhaltens und Umgangs mit Problemen war zu erwarten, daß die Tendenz der von mir befragten Frauen, keine Angaben zu psychischen Problemen zu machen, dort am ausgeprägtesten sein würde, wo die meisten Schwierigkeiten bestehen. Diese Annahme wurde nicht in allen Fällen bestätigt. Da, wo durch längere Kontakte bereits ein Vertrauensverhältnis entstanden war, waren die Aussagen zum persönlichen Befinden in der Regel umfangreicher und präziser. Oft wurden psycho-soziale Probleme gerade von den Frauen geäußert, die als gut integriert gelten. Dies könnte darauf hinweisen daß mit dem höheren Niveau der Eingliederung auch das Problembewußtsein gegenüber der eigenen Situation steigt, aber auch die Fähigkeit, diese Probleme zu thematisieren und zu verbalisieren.