

Lanfranchi, A. (2018). Systemische Therapie bei Migration und Flucht. In K. von Sydow & U. Borst (Hrsg.), *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 729-743). Weinheim: Beltz.

67 Systemische Therapie bei Migration und Flucht

Andrea Lanfranchi

67.1 Hintergrund und Besonderheiten

Armut und Arbeitslosigkeit, Kriege und Naturkatastrophen, Vertreibung und Intoleranz, aber auch Streben nach Innovation und Erfolg bringen seit jeher Menschen in Bewegung. Die transnationale Mobilität hat in den letzten Jahren stark zugenommen, was zu vielen gesellschaftlichen Vorteilen, aber auch zu manchen Irritationen, Orientierungsschwierigkeiten und Verhärtungen führt. Diese sind auch bei Fachpersonen in Psychotherapie und Beratung zu spüren, denn auch sie sind vor Verunsicherungen in Bezug auf ihre Positionierung in der „mehrkulturellen Gesellschaft“ nicht gefeit.

„Der >Fremde< muss jede Situation in einer neuen Gruppe, die von deren Angehörigen fraglos bewältigt wird, neu definieren. Dabei stößt er jedoch auf Schwierigkeiten: Individuelles hält er für Typisches, Typisches für Individuelles, Rezeptwissen begegnet er mit Misstrauen, er weiß nicht, wann Zurückhaltung und wann Engagement am Platz ist. Es gibt Menschen, die diese Übergänge nicht schaffen, und einige von ihnen finden wir in psychiatrischen Kliniken“ (Hildenbrand, 1983, Cover).

Treten psychosoziale Belastungen bei Zuwanderern auf, so betreffen sie folgende Bereiche:

- die soziale Stellung in der Gesellschaft: erschwerte gesellschaftliche und fehlende politische sowie geringe Einflussnahme auf die Verteilung kollektiver Güter, vor allem aufgrund der beschränkten strukturellen Eingliederung im Beschäftigungssystem
- die Bildungssituation: ungleiche Bildungschancen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund durch Mechanismen institutioneller Diskriminierung und frühe Selektion
- die Gesundheitssituation: tendenziell schlechter werdende Gesundheitslage und eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung
- die Einkommens- und Wohnsituation: Zugehörigkeit zu den Working Poor und enge Wohnverhältnisse in prekärer Wohnumgebung

Psychotherapie mit Migrantinnen und Migranten kann aus folgenden Gründen anspruchsvoll sein: Der Patient/die Klientin hat eine belastete und belastende Vorgeschichte mit biografischen Brüchen, Entbehrungen, manchmal kindlicher Deprivation und/oder Gewalt. Bei Flüchtlingen führen traumatische Ereignisse je nach Studie in einem Drittel bis zur Hälfte der Fälle zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) (Steel et al., 2009). An einer Schweizer Zufallsstichprobe haben Heeren et al. (2014) gezeigt, dass Asylsuchende im Vergleich zur Gesamtbevölkerung häufiger an PTBS leiden: 54 % vs. 8 % bei Schweizer Bürgern und 17 % bei Arbeitsmigranten mit Aufenthaltsbewilligung. Auch Depressionen und Angststörungen kommen deutlich häufiger vor: 85 % vs. 11 % bei Schweizern und 17 % bei Arbeitsmigranten, resp. 63 % vs. 14 % und 13 %. Zur Psychopathologie führen gemäß Resultaten dieser Studie nicht nur traumatische Erfahrungen in der Vorgeschichte, sondern auch Faktoren im Zusammenhang mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus.

Nicht jedes Trauma traumatisiert: Die PTBS-Prävalenz ist zwar bei Asylsuchenden und Flüchtlingen hoch, und Depressionen sowie Angststörungen kommen sehr häufig vor. Dennoch sind auch im Falle von traumatischen

Ereignissen, familiengeschichtlichem Elend und persönlichen Tragödien oft besondere Widerstandskräfte zu erkennen und Ressourcen vorhanden, die psychotherapeutisch zu nutzen sind.

Der Patient bzw. die Klientin kann sich in der Lokalsprache (noch) nicht verständigen, geht (noch) keiner Erwerbstätigkeit nach, ist generell (noch) nicht oder wenig integriert (BFS, 2017).

Gesellschaftliche, soziale, kulturelle, sprachliche Anpassungsleistungen sind nötig, stellen aber je nach individuellen oder familiären Besonderheiten eine mehr oder weniger hohe Hürde dar. Vor allem geschehen sie nicht von heute auf morgen: Es braucht Zeit, bis Migranten Übergänge schaffen, was auch von Integrationsangeboten des Zuwanderungslandes abhängt.

Der Patient bzw. die Klientin hat einen erschwerten und ambivalenten Zugang zum Gesundheitssystem. Einerseits ist die Bereitschaft groß, sich einer Behandlung anzuvertrauen, und v. a. medizinische Institutionen werden ihres Ausbaustandards und ihrer Effizienz wegen bewundert. Andererseits weicht diese Bewunderung einem Misstrauen gegenüber anderen Rationalitätsmodellen und Krankheitsverständnissen, sodass sich in gewissen Fällen Widerstandsreaktionen entwickeln können.

Kultursensible Fachpersonen können mit solchen Ambivalenzen umgehen. Mit ihrer Beziehungskompetenz erfassen sie die spezifischen Anliegen und klären den Auftrag unter Berücksichtigung und Respektierung anderer Denk-, Zeit- und Heilungsmodelle.

Migration hat viele Gesichter

Folgende Übersicht zeigt, wie facettenreich das Gesamtbild von Migrantinnen und Migranten in westeuropäischen Ländern sein kann.

Status

- Arbeitnehmer und ihre Familien
- angeworbene Fachpersonen (Wissenschaftler, Informatiker, Krankenpflegepersonen etc.)
- Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus („Sans Papiers“)
- deutschstämmige Aussiedlerfamilien
- Asylbewerber
- anerkannte Flüchtlinge
- Kontingentflüchtlinge etc.

Herkunft

- Migranten aus EU-/EFTA-Ländern (Personenfreizügigkeitsabkommen)

- Migranten aus asiatischen, afrikanischen, süd- und nordamerikanischen Ländern, oder aus osteuropäischen Staaten außerhalb des EU-Raums

Sprache

- nur Erstsprache
- zweisprachig
- mehrsprachig

Aufenthaltsstatus

- Aufenthaltsbefugnis
- Aufenthaltsberechtigung
- Aufenthaltsgenehmigung
- „Vorläufig Aufgenommene“ etc.

Aufenthaltsdauer

- im Zuwanderungsland geboren (zweite oder dritte Generation)
- seit vielen Jahren im Zuwanderungsland
- seit wenigen Jahren oder zeitlich befristet im Zuwanderungsland

Familienform

- Mehrgenerationenfamilie
- Kernfamilie
- Erweiterte Familie
- Single

Religionszugehörigkeit

- Christen
- Muslime
- Juden
- Buddhisten
- Konfessionslose etc.

Bildung

- nur Primarschule besucht
- Sekundarschule absolviert
- Analphabeten
- mit/ohne Berufsausbildung
- Studienabschluss

Tätigkeiten

- Arbeitnehmer
- Selbstständige/Unternehmer
- Studierende
- Familienarbeit
- Wissenschaftler
- Ruheständler/Pensionäre
- Erwerbslose etc.

Ausgehend von dieser Vielfalt sollte man sich in der Praxis davor hüten, generalisierend von „den Migranten“ ohne weitere Spezifizierungen zu reden. Vielmehr geht es in der Systemischen Therapie mit zugewanderten Familien, Paaren und Einzelpersonen darum, ihre Lebenswelten sowie Deutungsmuster von innen her genau zu erkunden, statt ihnen von außen her vorurteilsbeladene Kulturmythen überzustülpen. Dafür muss man aber zuerst durchaus Grundlagenwissen zum Allgemeinen abrufen können (etwa kulturanthropologische Informationen, s. am Beispiel der Balkanländer Kaser, 1995). Gleichzeitig muss man offen sein für das Besondere, das nur für die vor uns stehende, einzigartige Familie (oder das Paar oder das Individuum) gilt.

Versucht man trotzdem, die für die psychotherapeutische Arbeit relevanten zentralen Punkte im Vergleich zwischen Klientel mit und ohne Migrationshintergrund herauszuarbeiten, so kommt man zu folgenden groben Unterschieden:

- Nach der Migration und/oder der Flucht gibt es fast immer einen Verlust von Unterstützungssystemen, weil die erweiterte Familie häufig weit weg lebt.
- Die Sprache und Kommunikation sind erschwert.
- Tradierte Rollen, etwa zwischen Mann und Frau (vor allem dann, wenn die Frau eine Erwerbstätigkeit aufnimmt), werden restrukturiert, was zu Verunsicherungen führen kann.

- Die transnationalen Beziehungen mit der Herkunftsfamilie sind eine Ressource, manchmal aber auch eine Last, vor allem dann, wenn Verwandte finanziell unterstützt werden müssen.
- Der Aufenthaltsstatus kann prekär sein, zum Beispiel in der Schweiz bei Asylsuchenden im Falle der Aufenthaltsbewilligung F („vorläufig aufgenommen“).
- Es gibt oft Loyalitätskonflikte bei den Kindern aufgrund divergierender Botschaften, die etwa vom Eltern- und vom Schulsystem kommen.

67.2 Systemtherapeutische Ziele und Strategien

Interkulturelle Kompetenz erwerben. Die Verschränkung von allgemeinem Hintergrundwissen und fallspezifischem Verstehen führen zum Aufbau interkultureller Kompetenz als die Fähigkeit, die besondere Situation von Familien, Paaren oder Individuen kontextbezogen zu verstehen und entsprechende Handlungsweisen daraus abzuleiten. Im Zentrum stehen die in der Übersicht gelisteten Schritte (Hegemann, 2004).

- (1) Ich setze mich mit den eigenen kulturellen Sichtweisen und Vorannahmen auseinander.
- (2) Ich kann Ambivalenzen aushalten, das heißt, ich kann trotz Denkmodellen, die von meinen divergieren, kooperieren.
- (3) Ich reflektiere über die Gesprächskultur der eigenen Organisation (wie erfolgt in meiner Einrichtung die Kommunikation mit dem Migrationsklientel?) und ändere sie bei Bedarf.
- (4) Ich beschaffe mir bedeutsame Informationen über Familienstrukturen und Rollenverständnis, Bedeutungssysteme von Krankheit oder Behinderung, Religion und Glauben, sozioökonomische Situation im Herkunftsland, aber auch Lebensbedingungen im Aufnahmeland. Hierzu frage ich mich zum Beispiel: Was unterscheidet diese portugiesische Familie in Schlieren von portugiesischen Familien in Portugal und von anderen portugiesischen Familien in Deutschland?

Transformationsdynamik erfassen und ermöglichen. In den ersten Phasen der Exploration mit Migrantinnen und Migranten werden gewöhnlich zwei Fragenkomplexe in den Vordergrund gesetzt: Wo und wie lebten die Leute vor der Migration, sowie wo und wie leben sie heute im Aufnahmeland; also die Frage nach dem Dort und Damals im Vergleich zum Hier und Jetzt. Allzu oft wird aber eine dritte, im Hinblick auf Entwicklung und Veränderung sehr bedeutsame Dimension vergessen, nämlich die Frage nach der Zeit dazwischen. Es geht also darum, herauszufinden, wie Individuen, Paare und Familien die bisherigen Prozesse von Übergängen von einer Kultur in die andere bewältigt haben bzw. wie sie diese Prozesse im weiteren Verlauf ihres „Ankommens“ gestalten werden. Solche Übergänge lassen sich typischerweise als Phasensequenz darstellen (adaptiert aus Sluzki, 1979).

- (1) **Vorbereitung der Migration.** Wer trifft die Entscheidung und aus welchen Gründen? Probelauf oder definitiv? Gesetzlich geregelt oder illegal?
- (2) **Erste Schritte im Aufnahmeland.** Auf welche Unterstützungssysteme kann die eingewanderte Person zurückgreifen? Von welchen Denkmodellen, Motivationen und Gefühlen wird ihr Handeln geleitet?
- (3) **Konsolidierung und Konfliktverleugnung.** Insbesondere im Falle einer vorgängigen Einwanderung eines Familienmitglieds (häufig des Ehemanns resp. des Vaters): Wie nützt er seinen Erfahrungsvorsprung, wie führt er die Nachkommen in die neue Umgebung ein?
- (4) **Destabilisierung und Krise.** Wie gehen eingewanderte Personen und ihre Kinder mit Veränderungen im Rollenverständnis um?
- (5) **Anschluss.** Werden überlieferte Sinnzusammenhänge und Lebenslaufmuster, die angesichts einer veränderten Situation nicht mehr zur Orientierung taugen, umgearbeitet und unter Umständen mit „fremden“ Kulturelementen in eine neue Synthese gebracht?

In der Systemischen Therapie bei Migranten geht es nicht darum, zu konstatieren, wo sich ein Individuum, ein Paar oder eine Familie „kulturell“ befindet, sondern herauszufinden, wie sie die bisherigen Übergänge vom Herkunfts- ins Zuwanderungsland gestalten konnten, und wie sie sich im dynamischen Verlauf der Integration transformiert haben: In welche Phase befindet sich die Familie oder das Individuum, und wie wurden die vorhergehenden Phasen bewältigt? Oft ist der Wandel seit einiger Zeit im Gange, aber noch nicht so weit gediehen, dass die Alltagsbewältigung in der Aufnahmegesellschaft störungsfrei gelingt.

Im Rahmen dieses dynamischen Verlaufsmodells sind Momente der Rigidität, manchmal auch des Widerstandes im Rahmen von Therapie und Beratung nichts Pathologisches, sondern normal. Der Versuch, die Stabilität der Familie zu erhalten, bewirkt während der dritten Phase, dass häufig überkompensiert wird: Familienregeln werden strikt gehandhabt und es herrscht eine gewisse Starrheit in der Familienorganisation vor. Die Familie entwickelt eine große interne Kohäsion und leistet Widerstand gegen als bedrohlich aufgefasste Einwirkungen von außen als Überlebensprinzip. Wird die nächstfolgende Stufe der Destabilisierung zugelassen, stehen die Chancen gut, dass Konflikte – statt vermieden oder verdrängt – angegangen werden, was die Möglichkeit der Strukturtransformation erhöht und eine vielschichtige Verankerung an die Lebenspraxis der Aufnahmegesellschaft erleichtert. Das krisenhafte Geschehen der vierten Phase dient demzufolge paradoxerweise genau dazu, die familiäre Stabilität durch einen Bruch dieser Stabilität zu erhalten. Diese dialektische Figur wird im empirisch validierten Circumplex-Modell von Olson und McCubbin (1983) gut ersichtlich. Familien müssen auf beiden Ebenen der Familienkohäsion und -adaptation zu einer gelungenen Balance kommen, wenn sie adäquat funktionieren wollen. Zu große Nähe auf der Kohäsionsdimension führt zur Verstrickung („enmeshment“), zu geringe Nähe zum Rückzug („disengagement“). Zu viel Wandel bezüglich der Adaptabilitätsdimension führt zum Chaos, zu wenig Wandel zur Rigidität. Notwendig ist – bei allen Familien, angesichts des Integrationsdrucks aber ganz besonders bei Migranten – eine gewisse Virtuosität im Balancieren zwischen Integration nach innen (also Erhalten von Traditionen und Familienintimität) und Öffnung nach außen (also Wandel durch das Erschließen außerfamiliärer Bereiche).

Deutungsmuster erfassen und neue Denkmodelle ermöglichen

Individuen, Paare und Familien unterscheiden sich in der Art und Weise, wie sie mit kritischen Lebenssituationen umgehen, und der Migrationszustand ist einer davon. Während dasselbe Ereignis von einem Individuum oder einer Familie so bewältigt werden kann, dass es Anlass für positive Entwicklungsprozesse und Wachstum ist, können andere dadurch komplett destabilisiert werden, hoffnungslos blockiert bleiben oder sogar daran zerbrechen. Ob die erste oder die zweite Möglichkeit der Problembewältigung eintritt, hängt im Wesentlichen von der kognitiv-subjektiven Einschätzung der Situation durch die Betroffenen im System Individuum-Familie-Umwelt ab. Damit sind die Konstrukte der Wirklichkeit gemeint, welche das Denken und Handeln der Betroffenen steuern.

Migration und Flucht sind in aller Regel ein aktiver Schritt zur Problembewältigung, um aus einer Situation der Not oder der Unterdrückung auszubrechen. Migrierende und Flüchtlinge sind bereit, sich auf Neues einzulassen und Risiken einzugehen. Fatalistische Einstellungen („Ich kann in meinem Leben sowieso nichts ändern“) und personadressierte Lebensorientierungen („Um weiter zu kommen, brauche ich Begünstigungen von Freunden“) werden zugunsten neuer Weltanschauungsmuster revidiert („Eine gute Arbeitsstelle finde ich, wenn ich über die notwendigen Qualifikationen und eine Arbeitsbewilligung verfüge“). Dennoch ist es nach der Migration möglich, dass die eigene Existenz erneut als vom übermächtigen Schicksal bestimmt gedeutet wird. Wie vorher in einer Welt der sozioökonomischen Stagnation oder politisch-religiösen Verfolgung wird die eigene Existenz weiter als Spielball von kaum beeinflussbaren Kräften betrachtet. Das hat sowohl mit den Zuwanderungsbestimmungen und mit der Integrationspolitik des Aufnahmelandes (Partizipationsmöglichkeiten vs. Abschottung) als auch mit eigener Familienbiografie, die je nach Ressourcen und Belastungen zu Sonderleistungen anspricht oder entwicklungshemmend wirkt.

Bei Untersuchungen über Bildungsprozesse bei Kindern aus Migrationsfamilien können fallrekonstruktiv drei idealtypische Familienorientierungsmuster identifiziert werden, die in engem Zusammenhang mit biografischen Elementen stehen (Lanfranchi, 2002):

- **Vorwärtsgewandte Familien.** Sie sind trotz Belastungen gut in der Lage, ihr Schicksal in die eigenen Hände zu nehmen und ihr Leben autonom zu gestalten. Sie können das Spannungsverhältnis zwischen Traditionen und Modernisierung auch dank kommunikativer Kompetenz angemessen regulieren, sich auf real veränderte Formen der Lebenspraxis einlassen, statt sich an tradierten Sinnstrukturen festzuklammern. Außerdem haben sie das Gefühl und das Vertrauen, trotz gesellschaftlicher Unterprivilegierung Lebensereignisse zumindest teilweise mitbestimmen zu können.

Ein Beispiel: Auf die Frage, ob sie möchten, dass ihre heranwachsende Tochter eines Tages heiraten wird, antwortet zuerst der aus Süditalien stammende Vater: „Ach, vielleicht heiratet sie gar nicht, mit 18 oder 19 findet sie einen Freund und zieht mit ihm zusammen“. Die Mutter: „Ist sie glücklich, sind alle glücklich“.

- **Blockierte Familien.** Sie zeigen eine traditionsgebundene Wertordnung, die wesentlich ausgeprägter ist als beim ersten Typus. Sie sind stark nach innen zentriert und schotten sich nach außen ab, sodass sie nicht mehr dort und noch nicht hier sind – wie Bergsteiger, die sich mitten in der Bergwand verstiegen haben und weder vorwärts noch rückwärts kommen (Frigessi Castelnuovo & Risso, 1986). Schrumpfende Entwicklungsperspektiven, manchmal auch die Revitalisierung des Ethnischen haben nicht primär, jedenfalls nicht nur, mit realen Diskriminierungserfahrungen zu tun, sondern vorwiegend mit Eigenschaften ihrer Lebensgeschichte im Generationenverlauf. Ihre Lebensentwürfe in Bezug auf die Perspektiven der Kinder sind autonomiehemmend.

Ein Beispiel: Auf die gleiche Frage nach der Heiratsdisposition der Tochter antwortet ein anderer süditalienischer Mann, „Das können wir gar nicht wissen, aber jetzt haben wir im Heimatdorf die obere Wohnung fertig ausgebaut und sie kann dort hinziehen“. Seine Frau: „Sie soll einen Italiener heiraten, sicher keinen Schweizer. Es ginge auch mit einem Römer; wenigstens, dass er Italiener ist“.

- **Rückwärtsgewandte Familien.** Sie haben ebenfalls Mühe, die divergierenden Orientierungsmuster der Aufnahmegesellschaft mit einer autonomen Lebenspraxis zu vereinen. Ein Wandel ist zwar möglich,

fokussiert sich jedoch auf die Perspektiven der Rückkehr, statt auf die eines Ankommens am Lebensort. Damit der Mythos der Rückkehr aufrechterhalten werden kann und durch nichts gefährdet wird, werden die traditionellen Rollenstrukturen auf der Paarebene und auf der Ebene der Eltern-Kind-Beziehung zementiert. Die möglichen Konsequenzen sind offensichtlich: Das Leben in einem (Dauer-)Provisorium erschwert und verhindert in vielen Fällen die Integration in die Aufnahmegesellschaft. Das „Opfer-bringen-für-eine-bessere-Zukunft“ kann bedeuten, dass Konflikte im Hier und Jetzt verdrängt statt gelöst werden. Insbesondere Kinder im Schulalter haben in einer solchen Situation Mühe, Leistungsziele zu erreichen, weil sie in Loyalitätskonflikten stecken.

Ein Beispiel: Auf die Frage nach dem Berufswunsch schüttelt eine in der Schweiz geborene, aus einer portugiesischen Familie stammende 15-jährige Schülerin den Kopf und schaut verdattert auf die Eltern. Die Mutter sagt: „Wir haben auch keine Ahnung, denn: Geht einer von uns zurück, gehen alle zurück“.

67.3 Praktische Durchführung

Ein grundlegender Wirkfaktor in der Psychotherapie ist die Qualität der Beziehung zwischen Psychotherapeut oder Psychotherapeutin und Klient oder Patientin (Grawe, 2005; Kap. 3). Das gilt ganz besonders in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten im Falle von traditional-orientierten, partikularistisch statt universalistisch ausgerichteten Denkmustern. Das Annehmen von Psychotherapie und Beratung ist für viele ungewohnt und schambesetzt, denn Probleme werden nur in äußerster Not außerhalb der Familie „veröffentlicht“ (eine italienische Redewendung sagt: Die schmutzige Wäsche soll man zu Hause waschen).

Deshalb ist das Herstellen von persönlicher Nähe, wenn möglich schon bei der telefonischen Terminvereinbarung, ganz wichtig (Prior, 2006). Vor allem zu Beginn sind mehr als Fachwissen Freundlichkeit, Aufmerksamkeit, Geduld, Respekt und Verständnis nötig. Professionelle bringen sich als Person ins Spiel und bleiben nicht auf Distanz. Gewiss findet Psychotherapie in einem Rahmen statt, der durch vorgegebene Rollen strukturiert ist, und die Psychotherapeutin tritt mit dem Klienten in einen professionellen, nicht privaten Kontakt. Damit Öffnung möglich wird und auch intime Themen zur Sprache kommen, muss aber ein Zugang zur besonderen Lebenspraxis der Klienten und Patientinnen gefunden werden, was neben einer situationsangemessenen affektiven Abstimmung auch Mitmenschlichkeit voraussetzt. Bleiben Therapeutinnen und Berater wenig fassbar, werden sie vor allem von Migrantinnen zum Beispiel direkt gefragt, ob sie Kinder haben. Das könnte als Aufforderung aufgefasst werden, Stellung zu nehmen bezüglich Lebenserfahrung, ist aber häufig ein Hinweis auf die Notwendigkeit eines Austausches von Zugehörigkeit.

Das Meilener Therapiekonzept. Das Konzept des „Fallverstehens in der Begegnung“ (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2004; Borst, 2017; Kap. 3) begründet und integriert diese Balance zwischen dem Primat der Annäherung bei gleichzeitigem Verbleiben in der professionellen Rolle, und ist deshalb sehr geeignet für die psychotherapeutische Arbeit bei Migration und Flucht. Obwohl im Vordergrund die Begegnungskompetenz steht und die Fallspezifität der Klientin oder des Patienten betont wird (Systemtherapie mit Migranten), wird selbstverständlich die Ebene des allgemeinen wissenschaftlichen Referenzwissens nicht vernachlässigt (theoretische Konzepte, diagnostische Begriffe, Verfahrenspläne für eine Systemtherapie von Migranten). Im Meilener Konzept haben auch die Handwerkzeuge ihren festen Platz, u.a. die interkulturelle Genogrammarbeit (Hardy & Laszloffy, 1995; s. auch Kap. 13), die Verwendung migrationsensibler Fragen (s. unten) und das Einsetzen passender Rituale. Ausgehend vom Konstrukt des „ambiguous loss“ (Boss, 2008), wonach nach der Migration aufgrund vielfältiger Brüche und Belastungen nahe Verwandte manchmal physisch abwesend, aber psychisch sehr präsent, oder umgekehrt physisch präsent, aber psychisch sehr abwesend sind, schlägt Falicov (2002) für der Therapie mit Migranten die Unterstützung bzw. den Einsatz von Ritualen vor, zum Beispiel:

- Verbindungsrituale wie Besuche, Geschenke ...
- Erinnerungsrituale wie Erzählungen über die Vergangenheit ...
- Erholungsrituale wie das Erschaffen neuer Räume (etwa der „Schrebergarten“) ...

- Kulturrituale wie religiöse Praktiken, Feste bei Lebenszyklus-Übergängen etc. ...

Was tun bei Blockaden?

Eine der großen Herausforderungen ist der therapeutische Umgang mit rigiden Individuen, Paaren und Familien, die gestützt auf obige Metapher und Typologie „sich mitten in der Bergwand verstiegen haben“, also sich weder vorwärts noch rückwärts bewegen können. Wie können sie darin unterstützt werden, vermehrt das Vertrauen zu entwickeln, Ereignisse, die in ihrem Leben auftreten, mindestens teilweise vorhersagen und mitbestimmen zu können?

Die therapeutische Sequenzierung sieht schematisch folgendermaßen aus:

- (1) **Ordnung.** Die Therapeutin macht sich auf dem Weg zu den Denkmodellen, Gefühlen und Handlungsspielräumen der Betroffenen (etwa gestützt auf unten angegebene migrationssensible Fragen). Anhand eines narrativen Vorgehens versucht sie, die Lebenswelten des Individuums, des Paares oder der Familie in ihrer inneren Logik zu erfassen. Blankenburg (1981) nennt dies „die Versenkung in den einzelnen Fall“, beziehungsweise „die Vertiefung in das individuelle Gefüge einer geschichtlich gewachsenen Familie (...) mitsamt der Welt, in der sie lebt“ (S. 16). Die Geschichten aus dem Familiengedächtnis werden im interaktionellen Geschehen mit der Therapeutin, da sie erzählt werden, neu redigiert, was eine ordnende Wirkung hat.
- (2) **Störung.** In einem zweiten Schritt werden Deutungsmuster, die einem Individuum, einem Paar oder einer Familie nicht mehr helfen, funktional zu entscheiden und zu handeln, destabilisiert, ja sogar „perturbiert“ (Maturana & Varela, 1987). Cecchin et al. (2003) bezeichnen dies als Irreverenz (Respektlosigkeit), wohlverstanden nicht für die Personen, sondern für ihre hinderlichen Konstrukte der Wirklichkeit. Blockierende Denkmodelle können wir mit systemischen Interviewtechniken „infrage stellen“ (Tomm, 1989; s. folgend). Die destabilisierende Wirkung überraschender Fragen erhöht die Chancen der Klienten, neue Optionen für ihr Handeln zu finden und neue Entwicklungen in Gang zu setzen, weil die Perspektiven „verrückt“ werden (Brücher, 1988).
- (3) **Neue Lebensentwürfe.** Nachdem eingefrorene Geschichten sozusagen aufgetaut sind, werden Zukunftsszenarien konkretisiert. Sie sollen wohlverstanden nicht aus belehrenden Instruktionen zur Propagierung eines idealen Familienmodells, sondern aus der spezifischen Fallstruktur hervorgehen. Durch die Verbindung von Vergangenheit und Zukunft wird somit ein Boden für Entwicklungen geschaffen (Papp & Imber-Black, 1996).

Mehrdimensionale Fallanalyse. Das Modell der mehrdimensionalen Fallanalyse bei Migration und Flucht (s. Übersicht) ist dienlich und wichtig, um die Komplexität der Arbeitshypothesen zu ordnen und um Fehldeutungen zu vermeiden. Manchmal werden kulturelle Aspekte zu stark in den Vordergrund gestellt. Beispielsweise kann man Beziehungsdynamische Mechanismen bei der Entstehung von Konflikten bei Paaren nicht immer kulturell erklären, so wie soziale Belange nicht psychologisiert und kulturspezifische Aspekte nicht pathologisiert werden sollten. Das Abwägen der verschiedenen Faktoren erleichtert ein umfassendes Fallverstehen, was sich vor allem in der Supervision oder bei Fallbesprechungen im Team bewährt: Jeder berücksichtigt während der Fallvorstellung eine bestimmte Dimension, die zu einem ausdifferenzierten Austausch von Hypothesen und am Schluss zu einer oder mehreren systemischen Problemdefinitionen führt.

Mehrdimensionalen Fallanalyse (adaptiert nach Kunze, 1998)

Kulturspezifische Faktoren

- Sprache und Kommunikation
- nonverbale Kommunikationsmuster

- Religion, kulturelle Werthaltung
- soziale Rollen Frau und Mann
- soziokulturelles Milieu, Subkultur(en)

Migrationsspezifische Faktoren

- Prozessverlauf der Migration
- Ausländergesetzgebung
- gesellschaftliche Partizipation
- Diskriminierung und Rassismus
- Erwartungs- und Erfüllungsdynamik

Psychologische Dimension

- Familiendynamik
- Entwicklung emotional, kognitiv etc.
- Persönlichkeitsstruktur
- Lebensplan, Sinnfragen

Soziale Dimension

- gesellschaftliche Rahmenbedingungen
- Einkommen, Arbeit
- Wohnlage, Wohnverhältnisse
- Bezug zu Gemeinwesen und Netzwerke

Migrationsspezifische Anamnese. Gestützt auf das Modell in der Übersicht sowie auf obiges Phasenmodell der Migration lässt sich eine handliche Einteilung zur Erhebung der Anamnese ableiten:

- Herkunftsgeschichte: soziales Umfeld, Familienstruktur, schulische und berufliche Entwicklung, politische Situation, religiöse Praxis, Gesundheitsangebote
- Migrationsgeschichte: Motive für die Migration, Umstände und Verlauf, Dauer, Stationen, Beteiligte, Traumatisierungen

- Integrationsgeschichte: rechtliche Lage (Aufenthaltsstatus), soziale Lage (Arbeiten, Wohnen, Vernetzung), transnationale Kontakte, ökonomische Lage (Möglichkeiten, Verpflichtungen), Gesundheitsverhalten

Migrationssensible Fragen

Eine weitere hilfreiche systemtherapeutische Möglichkeit, um Fallverstehen in der Begegnung im Kontext von Migration und Flucht zu begünstigen, sind migrationssensible Fragen, unter anderem zum dynamischen Verlauf der Migration (sie können auch zirkulär gestellt werden: Anregungen aus Eberding & von Schlippe, 2001; Jürgens et al., 1996):

Fragen zum Beratungssetting. Wer hat entschieden, jetzt Hilfe zu suchen und warum (Schlüsselereignis?) Wie sind Sie zu dieser Therapiestelle gekommen? Wie ist es für Sie, dass ich Sie als deutschsprachiger (oder was auch immer) Schweizer berate? Worin könnte die Chance liegen, worin die Schwierigkeit?

Fragen zum Problemdefinition. Erzählen Sie über das Problem (eher medizinische, biologische, religiöse, magische, pädagogische, andere Ursachen?). Wie beschreiben es die anderen Familienmitglieder? Angenommen, Sie wären in Ihrem Herkunftsland, wie würden Sie dann das Problem beschreiben? Hätte das Problem die gleiche Bedeutung wie jetzt?

Fragen zur Problemlösung. Angenommen, Sie wären nicht emigriert, was würden Sie tun bei einem solchen Problem? Wer würde Ihnen welche Vorschläge geben? Wer verurteilt Ihren Schritt, hierher gegangen zu sein, wer macht Ihnen Mut? Wenn Ihr Vater oder Ihre Mutter jetzt hier wäre (oder: noch leben würde), was würde er/sie sagen? Was würden Sie ihm/ihr heute erzählen?

Fragen zur Situation vor und während der Migration. Wie war Ihre Familie organisiert? (Hierarchie, Regeln, Frau/Mann, Tabuthemen?) Welche Regeln haben Sie mitgenommen, welche verändert, welche müssen Sie noch verändern? Welche Veränderungen fallen Ihnen/Ihrem Partner leichter/schwerer? Wer traf die Entscheidung, zu emigrieren? Unter welchen wirtschaftlichen, politischen, familiären Umständen? Wer war am ehesten einverstanden mit dieser Entscheidung, wer am wenigsten? Was waren die Gründe der Migration? Warum sind Sie und nicht andere gegangen? Welche anderen Optionen hätten bestanden? Welche Kräfte („guten Geister“) sind mit Ihnen in die Migration gegangen, wer hat sie mitgegeben?

Fragen zum Situation nach der Migration. Wer in Ihrer Familie hat sich am schnellsten eingelebt und wer hat dabei die größten Schwierigkeiten? Wer gehört noch zu Ihnen dazu? Wie lange schätzen Sie, werden Sie brauchen, um sich hier wohl zu fühlen? Was müssten Sie tun (unterlassen), um dorthin zu gelangen? Welche Beispiele gibt es im Verwandten- und Freundeskreis für gut gelungene Migration? Ihre Herkunftsfamilie: Wie hat sie sich geändert, seit Sie emigriert sind? Ihre Kernfamilie: Wie hat sich Ihr tägliches Leben verändert – für Sie, für Ihre Frau / Ihren Mann, für Ihre Kinder? Sind alle Kinder mitgereist? Wie sehen die Großeltern diese Entscheidung? Welches Kind kommt am besten mit der Schule zurecht? Wie haben Sie das erreicht? etc.

67.4 Fallstricke

Überweisungskontext wird zu wenig berücksichtigt. In vielen öffentlichen, aber auch privaten Therapiestellen werden manche Patientinnen und Klienten von Behörden, Schulen, Hausärzten etc. mit Druck, in seltenen Fällen sogar mit einer gesetzlichen Therapieverschreibung überwiesen. Entsprechend sind sie „fremdmotiviert“, und leisten offenen oder verdeckten Widerstand gegen die Maßnahme. Es ist wichtig, dass die Therapeutin ihre Rolle jederzeit transparent macht, auf den externen Auftrag genau hinweist, und dass die Erwartungen der überweisenden Instanz bekannt sind.

Die Übersetzerin ist nicht geschult oder wenig kompetent. In der Systemischen Therapie mit Hilfe von Übersetzern treffen drei statt zwei Systeme aufeinander. Entsprechend komplex und störungsanfällig sind die Interaktionen. Vorprogrammiert sind Schwierigkeiten beim Einsatz von nicht geschulten Übersetzern (zufällig anwesende Familienangehörige, Spitalpersonal etc.), weil sie nicht den nötigen Fachwortschatz besitzen oder mit dem besonderen interkulturellen Kontext nicht souverän umgehen können. So kann sich zum Beispiel in der Therapie mit Flüchtlingen eine Inszenierung von Opfer-Verfolger-Retter-Konstellationen ergeben, in welcher sich der Übersetzer mit dem Patienten identifiziert, die Retterposition einnimmt und aggressive Gefühle gegen die Therapeutin ausagiert (Haanel, 2001).

Beim Einsatz qualifizierter Übersetzerinnen eröffnen sich neue Handlungsmöglichkeiten dank Entschleunigung, Kulturvermittlung und Vier-Ohren-Prinzip (Kleefeldt, 2017), vorausgesetzt, dass wir im Vorfeld die Funktion klären:

- **„Traducteur“:** Wort-für-Wort in der Ich-Form, simultan oder konsekutiv wie im Gerichtssaal; oder
- **„Interprète“** zur Vermittlung des Sinnes einer Botschaft; oder
- **Co-Therapeut:** was viel Vorbereitung und eine regelmäßige Zusammenarbeit verlangt

67.5 Kritische Einordnung

Migranten und Flüchtlinge sind im Vergleich zur ansässigen Bevölkerung psychotherapeutisch unterversorgt (Lanfranchi et al., 2004; Machleidt et al., 2007). Verglichen mit Einheimischen beschreiben Migrantinnen und Migranten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als schlechter (BAG, 2012). Nebst Faktoren, die bei der Gesamtbevölkerung einen Einfluss auf die Gesundheit haben (wie Ausbildungsniveau und Erwerbstätigkeit) gibt es auch migrationspezifische Gründe, die einen Teil dieser Unterschiede erklären. Gute Sprachkompetenzen gehen beispielsweise mit einem besseren Gesundheitszustand einher. Die Zugangsbarrieren beruhen aber nicht allein auf Faktoren, die bei den Migranten selber zu lokalisieren sind, wie Informationsstand über die Angebote, Gesundheits- und Krankheitskonzepte etc. Sie gründen auch auf systemimmanenten Faktoren der öffentlichen Dienste, die dringend problematisiert und verändert werden müssen, und die ebenfalls die Bereiche Sprache, Information und Denkmodelle tangieren. Meist wenden sich Migrantinnen und Migranten mit ihren Beschwerden an somatische Mediziner (Möske et al., 2011) und werden oft erst sehr spät an psychologische oder psychiatrische Fachpersonen überwiesen, sodass dann in manchen Fällen eine Chronifizierung des psychischen Unbehagens mit Krankheitswert vorliegt. Die bekannten Folgen sind hohe Kosten für das Gesundheitssystem und geringere Erfolgsraten im Rehabilitationsbereich (Wyssmüller & Efiyani, 2007).

Im Entstehen begriffen sind spezialisierte Angebote bei verschiedenen, meist universitären psychiatrischen oder psychologischen Diensten, die in der Regel niederschwellige, mithilfe geschulter interkultureller Übersetzerinnen systemisch ausgerichtete Sprechstunden für psychisch belastete Migrantinnen und Migranten bieten, insbesondere auch im Asylbereich im Falle von Traumafolgeerkrankungen (für diese spezifische Therapiearbeit s. a. Kap. 51, Kap 40). Dazu braucht es geeignete Aus- und Weiterbildungskonzepte zur Erhöhung der interkulturellen Kompetenz (von Lersner et al., 2016).

In Supervision und Weiterbildungen ist häufig zu beobachten, dass Migrantinnen und Flüchtlinge im Einzelsetting behandelt werden, und zwar auch in Fällen, in denen es sinnvoll und nützlich wäre, bedeutsame Familienangehörige einzubeziehen. Dort, wo dies nicht möglich ist, wird empfohlen, dass die Familie stets mitgedacht wird, und zwar nicht nur Mutter-Vater-Kinder, sondern die erweiterte Familie mit Tanten, Onkeln, Großeltern, evtl. sogar Cousins und Cousinen, und zwar egal, ob diese Personen anwesend, abwesend, weit entfernt, vermisst oder gar verstorben sind (Bittenbinder & Patel, 2017, s. a. Kap. 13)

Der systemische Ansatz ist sehr geeignet, um Migranten und Flüchtlinge nicht in ein Korsett vorgefertigter, in westlichen Industrieländern entwickelter Konzepte von Diagnostik, Krankheit und Leiden zu zwingen. Es geht nicht darum, unsere bevorzugten Theorien und Therapiemethoden überzustülpen, und auch nicht darum,

lediglich Symptome, Bedürftigkeit und Defizite zu suchen und zu finden. Es geht stattdessen erstens darum, ein spezifisches Fallverstehen zu gestalten, das alle relevanten Dimensionen berücksichtigt: Kultur(en), Religion, Sprache(n), Migrationsprozess, soziale Lage im Herkunfts- und im Aufnahmeland, psychische Komponenten etc. Es geht zweitens darum, die Stärken und schöpferischen Kräfte bei zugewanderten Individuen, Paaren und Familien auszuloten, anzuerkennen und zu mobilisieren, um Transformationen vom (nicht mehr) Dort zum (noch nicht) Hier zu begünstigen.

FAQ

Muss ich mir Wissen über verschiedene Kulturen aneignen und sogar mehrere Sprachen lernen, um in der systemischen Praxis mit Migrantinnen und Migranten kompetent therapieren zu können?

Nein. Gefragt ist vielmehr eine kultursensible Haltung und Beziehungskompetenz, nicht Expertenwissen über Kulturen oder Mehrsprachigkeit, wobei die Arbeit in einer gemeinsam geteilten Sprache in den meisten Fällen effizienter und manchmal auch effektiver ist als die Therapie mit interkulturellen Übersetzerinnen.

Gibt es auch eine interkulturelle Kompetenz von Organisationen?

Ja. Die zentrale Frage ist hier: Was muss sich in einem ambulanten Dienst oder in einer psychiatrischen Klinik ändern, um (auch) Migrantinnen und Migranten zu erreichen und um sie kompetent beraten bzw. behandeln zu können? Es geht erstens um die erwähnte Erhöhung der interkulturellen Sensibilität bei allen Fachpersonen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Damit verbunden geht es zweitens um die Öffnung der (öffentlichen!) Einrichtungen der Regelversorgung für die gesamte Bevölkerung. Dies kann auf verschiedene Arten erreicht werden: mit der Anstellung von Personal mit direktem Migrationshintergrund („Türöffner-Funktion“, interkulturelle Vermittlung und interne Qualitätserhöhung), mit Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, mit der Entwicklung von niederschweligen Angeboten sowie mit der Überzeugung, dass diese Innovationen ins Leitbild gehören und eine Führungsaufgabe sind.

Weiterführende Literatur

American Psychological Association. (2012). Crossroads: The psychology of immigration in the new century. Washington: APA, Presidential Task Force on Immigration. <http://www.apa.org/topics/immigration/report.aspx> [Zugriff: 05.04.2018].

Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B. & Knaevelsrud, C. (Hrsg.). (2017). Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Stuttgart: Schattauer.

Maier, T., Morina, N., Schick, M. & Schnyder, U. (Hrsg.). (2017). Trauma – Flucht – Asyl: Ein praktisches Handbuch. Göttingen: Hogrefe.

Radice von Wogau, J., Eimmermacher, H. & Lanfranchi, A. (Hrsg.). (2004). Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln (Praxishandbuch). Weinheim: Beltz.

von Lersner, U. & Kizilhan, J.I. (2017). Kultursensitive Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.