

Traumasensibler Umgang mit älteren Migrantinnen und Migranten

Das Projekt „Zielgruppen im Quartier“

Das Projekt „Zielgruppen im Quartier – Modellhafte Umsetzungen kultursensibler, gendergerechter, inklusiver und traumasensibler Quartierskonzepte für eine zielgruppenadäquate Versorgung älterer Menschen“ will dazu beitragen, dass moderne Quartierskonzepte auch zielgruppenspezifisch zugeschnitten werden.

So sollen adäquate Angebote Männer und Frauen mit Migrationshintergrund, für ältere Menschen mit traumatischen Erfahrungen oder für ältere Frauen und Männer mit Behinderung geschaffen werden, für die heute oft passende Angebote fehlen.

Im Rahmen des Projektes werden in beispielhaften Quartieren in Hückelhoven und Recklinghausen zielgruppenspezifische Bedarfe erfasst und in baulicher Form sowie in Form von entwickelten Dienstleistungen umgesetzt. So sollen auf beispielhafte Weise wirtschaftliche Impulse für die Bau- und Pflegewirtschaft mit zielgruppengerechten Innovationen für Pflege und Gesundheit Älterer im Quartier kombiniert werden.

Traumasensible Quartierskonzepte

Ziel eines traumasensiblen Umgang ist es, Sicherheit zu schaffen. Es geht darum, den alten Frauen und Männern soviel Sicherheit, Autonomie und Kontrolle zu geben, zu ermöglichen und zu erhalten, wie es eben geht. Traumasensibler Umgang bedeutet daher immer auch ein achtsames Miteinander.

Warum ist ein traumasensibler Umgang mit alten Menschen so wichtig?

Weltweit gehen Forscher davon aus, dass ca. 75% der Weltbevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben eine plötzliche, lebensbedrohliche seelische Verletzung, sprich ein traumatisches Ereignis erleiden. Ein traumatisches Ereignis ist ein „Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer und Riedesser, Lehrbuch der Psychotraumatologie, München, 1998, S. 79.) Die Betroffenen heben keine Kontrolle über die Situation und sind völlig handlungsunfähig. Das Erlebte verankert sich unbewusst im Gehirn.

Traumatisierende Erlebnisse können Spuren in der Psyche eines Menschen hinterlassen (psychisches Trauma = seelische Wunde). Dies geschieht unabhängig von den individuellen Fähigkeiten der Betroffenen Krisensituationen zu meistern. Solche Spuren sind kein Zeichen von Schwäche, sondern eine natürliche Reaktion des Körpers und der Psyche auf eine zutiefst belastende Erfahrung.

Wie gut ein Trauma verkraftet und verarbeitet werden kann, hängt von vielen Faktoren ab. Hier spielen die individuelle Lebensgeschichte sowie das persönliche Befinden zum Zeitpunkt des traumatischen Geschehens ebenso eine Rolle wie bestehende Umgebungsfaktoren, Risiko- und Schutzfaktoren, aber auch die Schwere und Dauer der Traumatisierung. Darüber hat auch die Ursache des traumatischen Ereignisses Einfluss auf den Umgang mit dem Erlebten. So können natürliche Faktoren (Naturkatastrophen, Unglücke, Krankheit, Altern, Verluste etc.) meist besser verkraftet werden als die sogenannten „Man made disaster“ (physische, psychische, häusliche und sexualisierte Gewalt, Krieg, Folter, Vertreibung, Flucht, Diskriminierung, emotionale Misshandlung etc.).

Glücklicherweise legen sich bei den meisten Menschen die posttraumatischen Beschwerden nach einer Weile von allein. Die eigenen Selbstheilungskräfte lassen die sogenannte akute Belastungsreaktion abklingen und die Betroffenen können das Erlebte zurücklassen, ohne dass es sie im weiteren Leben bedeutend beeinträchtigt. Wirken jedoch mehrere belastende Faktoren zusammen, können die posttraumatischen Folgen fortbestehen, obwohl das traumatische Ereignis bereits Wochen oder Monate, zum Teil auch Jahre, zurückliegt.

Durch aktuelle Ohnmachtssituationen kann es zu Erinnerungen an die früher erlebten Traumata kommen. Hier spricht man von Trauma-Aktivierungen. Frühere traumatische Erlebnisse können allein durch das erneute Erleben von „sich ohnmächtig fühlen“ aktiviert werden. Die alten Erinnerungen können aber auch durch Geräusche, Gerüche, Filme, Nachrichten etc. ausgelöst werden. Hier spricht man von Triggern (Auslösern). Die früheren Erlebnisse werden in diesem Fall im JETZT erlebt. Das kann zu entsprechenden Symptomen wie Übererregbarkeit, Apathie, Erinnerungsbildern (flashbacks), Alpträumen, plötzlichen Gedächtnis-, Konzentrations- und Orientierungsstörungen, Angst- und Panikzuständen, Dissoziationen (Abspaltung von Gefühlen und dem Denken), Schlafstörungen, Suizidgedanken, Halluzinationen, Zwängen, Ess-Störungen, chronischen Schmerzen, unregelmäßigen Vitalzeichen, Blutzuckerschwankungen etc. führen.

Traumatasensibler Umgang bedeutet nicht, dass spezielle Angebote für posttraumatische Beschwerden vorgehalten werden müssen, dass die individuelle Biographie der Menschen erfahren werden muss oder dass ein traumatasensibler Umgang nur mit Menschen, von denen man weiß, dass sie traumatische Erlebnisse erlitten haben, notwendig wäre. Es geht vielmehr darum, dafür zu sorgen, dass die Angebote der Unterstützung, Begleitung, Versorgung, Pflege, Diagnostik, Beratung und Therapie den alten Menschen die größtmögliche Sicherheit geben. Es sollen Ohnmachtssituationen und die Aktivierung früherer Traumatisierungen möglichst vermieden und die Entstehung neuer Traumata verhindert werden. Da dies nicht immer möglich ist, sollen die Menschen begleitet und ihnen Hilfen an die Hand gegeben werden, sich entweder selbst wieder zu stabilisieren oder als Helfende darauf hinzuwirken.

Trauma und ältere Migrantinnen und Migranten

Schaut man sich mögliche Ursache für psychische Traumatisierungen an, so stellt man fest, dass insbesondere die türkischen Zuwanderinnen und Zuwanderer der ersten Generation mit vielen der oben genannten Faktoren konfrontiert waren.

Das Bundesamt für Migration (Ältere Migrantinnen und Migranten Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Berlin, 2012, S. 220) führt an, dass Migrantinnen und Migranten „im Aufnahmeland häufig erhöhte Stressbelastungen [erfahren], weil ungewohnte klimatische und geographische Bedingungen sowie kulturelle und soziale Gepflogenheiten Anpassungsreaktionen erfordern. Zudem ist die Phase der Ankunft im Zielland für zugewanderte Personen mit einem Verlusterlebnis und einer hohen existenziellen Verunsicherung verbunden. Insbesondere zu Beginn ihrer Zuwanderung müssen Migranten erhebliche Adaptionsleistungen kognitiver und emotionaler Art erbringen. Sie unterliegen dem Akkulturationsdruck des fremden Kontextes und erleiden oft soziale Segregation und Abwertung.“

Auch Dr. phil. Dipl.-Psych. Houshang Khoshrouy-Sefat (†), Psychologischer Psychotherapeut, tätig am Institut für Pädagogische Psychologie der Goethe-Universität Frankfurt / Main stellte fest, dass „die internationale Literatur über Migration [...] keinen Zweifel daran [lässt], dass Migranten, je nach ihrem unterschiedlichen Status in z. T. extremen Ausmaßen Stressoren in der Wahlheimat, die durch Assimilationsdruck der Aufnahmegesellschaft entstehen, ausgesetzt sind. Auch in der seelischen Entwicklung zeigt die Migration erhebliche Auswirkungen und ist oft Anlass zu seelischen Störungen und Erkrankungen.“ (Houshang Khoshrouy-Sefat: Migration und seelische Krankheit – Analytische Psychotherapie mit Migranten aus traditionsgeleiteten Gesellschaften - speziell aus dem Iran, 2007, S. 5)

Er betont, dass die Migrant*innen sowohl in ihren Ursprungsländer als auch in der Wahlheimat ständigen Traumata (durch Verlust von Angehörigen und Freunden sowie der eigenen Kultur, Angst vor Verlust seiner individuellen und kulturellen Identität) ausgesetzt sind. (Houshang Khoshrouy-Sefat: Migration und seelische Krankheit – Analytische Psychotherapie mit Migranten aus traditionsgeleiteten Gesellschaften - speziell aus dem Iran, 2007, S. 6)

Das Bundesamt weist auch darauf hin, dass die psychologischen Folgen der im Zusammenhang mit Migration bzw. Flucht erlebten Belastungen in einer posttraumatischen Belastungsstörung münden können. Eine Schätzung der Häufigkeit von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) ist allerdings aufgrund des breiten Spektrums potenziell traumatisierender Ereignisse und wegen der uneinheitlichen Verwendung des Begriffs schwierig. „Es gibt jedoch Hinweise auf bestehende oder sogar zunehmende Beschwerden, die durch unzureichende oder fehlende Behandlung mit verursacht werden.“ (Bundesamt für Migration: Ältere Migrantinnen und Migranten Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Berlin, 2012, S. 223)

Hinzu kommt: „Migranten stehen immer wieder vor der Frage, ob ihre Entscheidung zu migrieren richtig war und wo langfristig ihr Lebensmittelpunkt sein soll. Im mittleren und höheren Alter kann es daher verstärkt zu Bilanzierungskrisen kommen, in denen die mit der Migration verbundenen Erwartungen und Hoffnungen an der Realität des Erreichten gemessen werden. Bilanzierungskrisen können sich verstärkt in psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen ausdrücken.“ (Bundesamt für Migration: Ältere Migrantinnen und Migranten Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Berlin, 2012, S. 223)

Leider werden entsprechende Störungen und Erkrankungen häufig gar nicht oder erst spät behandelt: „Missverständnisse in der Interaktion können in der allgemeinmedizinischen Versorgung dazu führen, dass Beschwerden oft sehr lange symptombezogen mit Medikamenten behandelt werden. Eine eventuell indizierte psychosomatische Behandlung unterbleibt oder erfolgt erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Chronifizierung. [...] Weil psychische und

psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen häufig als Begleitung anderer körperlicher Krankheiten diagnostiziert und behandelt werden, sind psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund in der psychiatrischen Versorgung unterrepräsentiert.“ (Bundesamt für Migration: Ältere Migrantinnen und Migranten Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Berlin, 2012, S. 236/237)

Im Alter kommen noch weitere Faktoren hinzu, die zusätzlich zu einer Traumatisierung und den damit verbundenen Beschwerden führen können: „Durch ungenügende Sprachkenntnisse und den daraus resultierenden Verständigungsproblemen kann es zu einer Isolation im Alter kommen. Wenn der tägliche Kontakt mit den ArbeitskollegInnen im Ruhestand wegfällt und nicht vorher Kontakte zu Gleichgesinnten aufgebaut wurden, ist die Gefahr der Isolation, ähnlich wie bei deutschen RentnerInnen, sehr groß. Mangelnde Sprachkenntnisse erschweren die Annahme von Information und Beratung über die Dienste der Altenhilfe.“ (Feyza Palecek, Ältere Migrantinnen - Soziale Lage und Gesundheit, in: Migration & Gesundheit, Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.), 2009, S. 27).

„Gerade im Ruhestand wird den MigrantInnen die große Diskrepanz zwischen ihrer Lebensplanung und ihrer Lebenswirklichkeit bewusst. Die Rückkehr ins Herkunftsland hat vielleicht aus finanziellen oder persönlichen Gründen nicht geklappt. Den Kindern konnten nicht so gute Bedingungen geboten werden, wie man es sich gewünscht hätte, und man selber ist u.U. zu krank und zu arm, um sich wenigstens im Alter noch einige Wünsche zu erfüllen.“ (Feyza Palecek, Ältere Migrantinnen - Soziale Lage und Gesundheit, in: Migration & Gesundheit, Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.), 2009, S. 27)

Anforderungen an traumasensible Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten

„Hilfestellung von außen anzunehmen, fällt MigrantInnen oft sehr schwer. Zum einen, weil sie nicht wissen, wo sie solche Hilfe erlangen können und zum anderen, weil sie nicht sicher sein können, dass genügend auf ihre kulturellen, religiösen und ethnischen Bedürfnisse eingegangen wird. Im Falle der Notwendigkeit stationärer Betreuung haben MigrantInnen noch stärker den Eindruck „abgeschoben“ zu werden und Angst, nicht gut versorgt zu sein. In den stationären Einrichtungen hingegen fehlt es nach wie vor oftmals an muttersprachlichen Kräften und Strukturen, die es MigrantInnen ermöglichen würden, sich wohl zu fühlen. Hinzu kommt, dass momentan in den meisten Altenheimen fast ausschließlich Deutsche leben und somit MigrantInnen hier nicht davon ausgehen können, dass auf ihre Bedürfnisse und eventuellen Sprachschwierigkeiten genügend eingegangen wird.“ (Feyza Palecek, Ältere Migrantinnen - Soziale Lage und Gesundheit, in: Migration & Gesundheit, Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.), 2009, S. 28)

Gerade Migrantinnen und Migranten mit demenziellen Erkrankungen benötigen muttersprachliche Angebote. Außerdem sollten die Verantwortlichen Kenntnisse der kulturellen und historischen Hintergründe der Migrantinnen und Migranten haben. Die Gesundheitswissenschaftlerin Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin betont in diesem Zusammenhang im Rahmen eines Expertinneninterviews für die vom Gesundheitsministerium NRW in Auftrag gegebene Studie zu Bedarfen traumatisierter älterer bis hochaltriger Männer und Erfassung von beste-

henden Angeboten im Land Nordrhein-Westfalen zu traumasensibler Beratung und Unterstützung: „Bei demenziell Erkrankten mit Migrationshintergrund kommt es in einem relativ frühen Stadium zu einem Verlust der deutschen Sprache. Das stellt insbesondere für die Männer, die sich gut in die deutsche Gesellschaft integriert hatten, eine massive Belastung dar. Hier ist es wichtig, Unterstützung durch eine muttersprachliche Begleitung zu geben, um das Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit zu mindern.“

Für entsprechende traumasensible Angebote im Quartier bedeutet dies, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, die den älteren Migrant*innen und Migranten größtmögliche Kontrolle über ihre Situation und Sicherheit geben:

- trauma- und kultursensible, muttersprachliche Angebote (Essen, Freizeit, soziales Miteinander, geschlechtsspezifische und ressourcenstärkende Angebote)
- trauma- und kultursensible, muttersprachliche Gesundheits-, Pflege- und Therapieangebote und -konzepte
- diskriminierungsfreie Gestaltung der Räumlichkeiten (innen und außen), die dem Sicherheits- und Kontrollbedürfnis der Migrant*innen Rechnung tragen (Gebetsräume, getrennte Räumlichkeiten für Männer und Frauen, ...)
- Kenntnisse des Personals über die kulturellen und historischen Besonderheiten im Heimatland
- Kenntnisse des Personals über die Situation der Zugewanderten ab den 1960er Jahren in der Bundesrepublik Deutschland
- ...

Eine weitergehende Ausdifferenzierung der oben genannten Punkte hinsichtlich der Aspekte Freizeit, Wohnen, Ernährung, Gesundheit und Pflege etc. ist im Rahmen vertiefender Planungen sinnvoll.

Zitate / Literatur

Trauma und Migration

Ältere Migrantinnen und Migranten Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven.

Bundesamt für Migration 2012

Stressbelastungen, S. 220/221

Migranten erfahren im Aufnahmeland häufig erhöhte Stressbelastungen, weil ungewohnte klimatische und geographische Bedingungen sowie kulturelle und soziale Gepflogenheiten Anpassungsreaktionen erfordern. Zudem ist die Phase der Ankunft im Zielland für zugewanderte Personen mit einem Verlusterlebnis und einer hohen existenziellen Verunsicherung verbunden. Insbesondere zu Beginn ihrer Zuwanderung müssen Migranten erhebliche Adaptionsleistungen kognitiver und emotionaler Art erbringen. Sie unterliegen dem Akkulturationsdruck des fremden Kontextes und erleiden oft soziale Segregation und Abwertung (Dietzel-Papakyriakou 1993:63). Der Stress kann zu einem höheren Risiko von Arbeits-, Haushalts- und Verkehrsunfällen sowie sozialen Konflikten und Suizid führen. Die wenigen Informationen deuten allerdings darauf hin, dass das Suizidrisiko unter ausländischen Staatsangehörigen im Alter von 65 Jahren und älter eher geringer ist als das von Deutschen (RKI 2008:36). Ethnische Gemeinschaften verringern aufgrund religiöser Werte und kultureller Normen vielfach das Suizidrisiko (Dietzel-Papakyriakou 1993:65). Informationen, die eine gesundheitliche Anpassung in der ersten Phase nach der Zuwanderung begünstigen oder erschweren, liegen nicht vor. Insbesondere ist die Bedeutung dieser Phase für spätere Erkrankungsrisiken unzureichend untersucht. Medizinische Untersuchungen bei der Einreise werden vor allem mit dem Ziel durchgeführt, ansteckende Krankheiten wie die Tuberkulose zu entdecken. Die medizinischen Untersuchungen in den Herkunftsländern der Arbeitsmigranten, welche die Anwerbekommissionen der Bundesanstalt für Arbeit in den 1950er und 1960er Jahren in den Rekrutierungszentren durchführten, waren vorrangig als betriebsmedizinische Eignungsuntersuchungen gedacht (RKI 2008:60).

Posttraumatische Belastungsstörungen S. 223

Migration bzw. Flucht kann ein lebensrettender Schritt sein, um Verfolgung, Vertreibung und Krieg oder ökologischen Krisen und Hungersnöten zu entkommen. Die psychologischen Folgen der durchlebten Belastungen können in eine „posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) münden. Sie ist definiert als Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die in der Regel eine tiefe Verzweiflung und Verstörung hervorrufen würde. Wegen des breiten Spektrums potenziell traumatisierender Ereignisse und wegen der uneinheitlichen Verwendung des Begriffs ist eine Schätzung der Häufigkeit von PTBS schwierig. Bei der PTBS wird ein Abklingen der

Symptome im Zeitverlauf unterstellt. Es gibt jedoch Hinweise auf bestehende oder sogar zunehmende Beschwerden, die durch unzureichende oder fehlende Behandlung mit verursacht werden. Erschwerend wirken die Trennung von der Familie, die Unsicherheit über das Schicksal von Angehörigen, Isolation und Diskriminierung sowie Zukunftsunsicherheit hinsichtlich der Bleibperspektive und der Lebens- und Arbeitsbedingungen (RKI 2008:60).

Bilanzierungskrisen S. 223

Migranten stehen immer wieder vor der Frage, ob ihre Entscheidung zu migrieren richtig war und wo langfristig ihr Lebensmittelpunkt sein soll. Im mittleren und höheren Alter kann es daher verstärkt zu Bilanzierungskrisen kommen, in denen die mit der Migration verbundenen Erwartungen und Hoffnungen an der Realität des Erreichten gemessen werden. Bilanzierungskrisen können sich verstärkt in psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen ausdrücken. Anhand von Daten der Rentenversicherer zu Rehabilitationsmaßnahmen zeigen sich nach Geschlecht und Nationalität keine Unterschiede im Anteil der psychisch indizierten Rehabilitation an allen Maßnahmen. Unterschiede zeigen sich jedoch nach Alter: 60 % der für ausländische Staatsangehörige veranlassten Rehabilitationen betreffen die 40- bis 54-Jährigen. Von den deutschen Teilnehmern an entsprechenden Maßnahmen sind nur 50 % in dieser Altersgruppe. Das Risiko psychischer Erkrankungen steigt im mittleren Lebensalter allgemein an, wobei nichtdeutsche Frauen dieser Altersgruppe besonders stark betroffen sind (RKI 2008:61).

Krankenstand S. 227 / 228

Eine Befragung in Hamburg Mitte der 1990er Jahre weist ein höheres Vorkommen altersbedingter Krankheiten bei über 54-jährigen Ausländern im Vergleich zu über 59-jährigen Deutschen aus. In der Studie wurde auch die Gesundheitssituation nach psychischen Problemen gefragt, wobei die Symptome Schlaflosigkeit, Vergesslichkeit und Gereiztheit von den ausländischen Befragten deutlich häufiger berichtet wurden. Zudem gaben sie öfter Probleme bei der Bewältigung von Alltagssituationen wie Treppen steigen, Einkaufen oder Körperpflege an. Keine gesundheitsbezogenen Probleme hatten nur 32,7 % der ausländischen, aber 60,4 % der deutschen Befragten. Die Zahlen deuten auf einen schlechteren Gesundheitszustand der ausländischen Bevölkerung hin. Dieses Bild wird durch die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes bestätigt: 54,0 % der ausländischen, aber nur 23,9 % der deutschen Befragten schätzen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein. Mit 70,1 % gaben vor allem türkische Staatsangehörige einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand an (RKI 2008:101).

Krankheitsverständnis S. 236 / 237

Besonders ältere Migranten können durch Erfahrungen in ihrem Herkunftsland spezifische Vorstellungen von Gesundheitseinrichtungen und Behandlungen haben, was sich im Umgang zwischen Patienten und medizinischem Personal niederschlägt. Missverständnisse in der Interaktion können in der allgemeinmedizinischen Versorgung dazu führen, dass Beschwerden

oft sehr lange symptombezogen mit Medikamenten behandelt werden. Eine eventuell indizierte psychosomatische Behandlung unterbleibt oder erfolgt erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Chronifizierung. „Dieser diagnostisch-therapeutische Prozess wird als „Einverständnis im Missverständnis“ bezeichnet“ (RKI 2008:110). Weil psychische und psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen häufig als Begleitung anderer körperlicher Krankheiten diagnostiziert und behandelt werden, sind psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund in der psychiatrischen Versorgung unterrepräsentiert.

Migration und seelische Krankheit – Analytische Psychotherapie mit Migranten aus traditionsgeleiteten Gesellschaften - speziell aus dem Iran

Dr. phil. Dipl.-Psych. Houshang Khoshrouy-Sefat (†), Psychologischer Psychotherapeut, Institut für Pädagogische Psychologie der Goethe-Universität Frankfurt / Main. 2007.

Migration und seelisches Erleben – Begriffsbestimmung S. 5

Die internationale Literatur über Migration lässt keinen Zweifel daran, dass Migranten, je nach ihrem unterschiedlichen Status in z. T. extremen Ausmaßen Stressoren in der Wahlheimat, die durch Assimilationsdruck der Aufnahmegesellschaft entstehen, ausgesetzt sind. Auch in der seelischen Entwicklung zeigt die Migration erhebliche Auswirkungen und ist oft Anlass zu seelischen Störungen und Erkrankungen. Bedenkt man, dass für manche Migranten (wie politisch motivierte Migranten) die Migration mit dem zunächst angestrebten Ziel größerer Unabhängigkeit und Autonomie verbunden ist, so muss die nun erlebte Abhängigkeit von den behördlichen Formalitäten der Wahlheimat, besonders depressionsfördernd wirken. „Die Verarbeitung der Migration ist ein langer, oft lebenslanger Prozess und wirkt häufig bis in die fünfte Generation einer Familie hinein“ (zitiert nach Leyer 1991). Als Folge der Migration können sich einmal sowohl gesellschaftliche Konflikte entwickeln (familiäre Konflikte, Spannungen am Arbeitsplatz, das ungewohnte Freizeitverhalten, fehlende Unterstützung durch das Umfeld), als auch Schwierigkeiten und Irritationen im Zusammenleben mit Teilen der Mehrheitsgesellschaft auftreten, die zu seelischen Störungen und Erkrankungen führen können. Der Migrant erleidet einen dreifachen Verlust: - Verlust von Lebenssinn und Zukunftsperspektiven - Verlust an ausreichend befriedigenden sozialen Beziehungen - Verlust von Handlungskompetenzen.

Migration und seelisches Erleben – Begriffsbestimmung S. 6

Der Migrant/die Migrantin ist in der Regel sowohl in seinem Ursprungsland als auch in der Wahlheimat ständigen Traumata ausgesetzt. Das „Vokabular der Psychoanalyse“ bezeichnet das Trauma als ein „Ereignis im Leben des Subjekts, das definiert wird durch seine Intensität, die Unfähigkeit des Subjekts adäquat darauf zu antworten, die Erschütterung und die dauerhaften pathogenen Wirkungen, die es in der psychischen Organisation hervorruft“. Das Trauma ist „gekennzeichnet durch ein Anfluten von Reizen, die im Vergleich mit der Toleranz des Subjektes und seiner Fähigkeit, diese Reize psychisch zu meistern und zu bearbeiten, exzessiv sind“ (Laplanche u. Ponralis 1980, S. 513).

Das Trauma ist u. a. auch durch Verlust der Angehörigen und der Freunde, die man hat zurücklassen müssen, verursacht. Der Migrant fühlt sich schuldig, weil er etwas verlassen hat, was er bis dahin als seine Heimat liebte und wertschätzte, weil er seiner eigenen Kultur den Rücken gekehrt hat und weil er die Menschen, die ihm am nächsten standen, verlassen hat. Im Gastland gilt er als Fremder, als Zaungast. Der Migrant lebt in ständiger Angst vor Verlust seiner individuellen und kulturellen Identität. In der Fremde muss der Migrant Unmögliches vollbringen. Abgeschnitten von seinen Wurzeln, von seinem kulturellen Ursprung, muss er

seine individuelle und kulturelle Identität gefährden und die enorme Leistung erbringen, eine fremde Sprache zu erlernen, sich mit den Sitten und der Kultur des Gastlandes vertraut zu machen und sich anzupassen, damit er nicht auffällt und keine unangenehmen Assoziationen erweckt. Von ihm/ihr wird erwartet, dass er binnen kurzer Zeit eine Sprache beherrscht, mit der er bis dahin keine nähere Berührung hatte.

Migration und seelisches Erleben – Begriffsbestimmung S. 6/7

In einer fremden Kultur wird die Identität für das Individuum zu einem wichtigen Thema und für die psychische Stabilität ein grundlegender Faktor. Demnach sind die Identität einer Person und seine Kulturzugehörigkeit zwei grundlegende Eigenschaften, um einen Menschen zu verstehen und ihm im therapeutischen Prozess zu helfen.

Psychische Störungen der Migration S. 13/14

Drei Hauptängste plagen den Migranten am Anfang der Migration. Diese sind:

- Existentielle Ängste (wie Unsicherheit, lebensbedrohende Umstände, fragliche Zukunftsorientierung, Reemigrationsdruck, Ausweisungsbedrohung)
- Identitätskrisen (wie Entwurzelungserlebnisse, Verlust von Bezugspersonen, Verlustgefühle allgemein, Heimweh, Rollenverluste, Rollenverhalten, Generationskonflikte)
- Kulturschock (ethnokulturelle Unterschiede)

Ein psychoanalytisches Modell der seelischen Vorgänge der Migranten S. 14

Drei Phasen des Bewältigungsprozesses des "Kulturschocks" nach der Zuwanderung:

- a. Die Phase der kulturellen Begegnung: Der Migrant fühlt sich durch die erfahrenen Diskrepanzen zwischen inneren Erwartungen und äußeren Wahrnehmungen geängstigt, verunsichert. Er reagiert mit Trauer, Feindseligkeit, Verzweiflung, entdeckt, wie sehr er an dem, was er aufgegeben hat, hängt. Die Reaktivierung von vergangenen guten Objektbeziehungen und eine verstärkte Abhängigkeit von den internalisierten Objekten mildern den Schock. Es kann zur Überidentifikation mit der aufgegebenen Kultur, zu ihrer Idealisierung kommen, die im günstigen Fall einer realistischen Sicht (De-Idealisierung) weichen wird. Eine Pseudoanpassung im Sinne eines "falschen Selbst" wäre in dieser Phase pathologisch.
- b. Die Phase der Reorganisation: Durch den Trauerprozess wird die Depression, Entmutigung und Ablehnung verarbeitet und mit Hilfe verinnerlichter guter Objektbeziehungen und der selektiven Aufnahme neuer guter Beziehungen zur fremden Kultur bewältigt. Dies bedeutet auch eine Bereicherung der Persönlichkeit des Migranten, der ausgewählte Aspekte der neuen Kultur in die Reorganisation seiner psychischen Struktur aufnimmt und integriert. Wenn dieser Prozess der Reorganisation misslingt, ist der Migrant dann weder in die alte noch in die neue Kultur integriert.
- c. Die Phase der neuen Identität: Am Ende des Anpassungs- und Entwicklungsprozesses steht ein an die neue Kultur selektiv angepasstes Ich, das die Trauer um die verlorene

Heimat durch ein wachsendes Zugehörigkeitsgefühl zur neuen Gemeinschaft und die aufgegebenen Beziehungen durch selbstgewählte neue Interaktionen ersetzen kann. Als eine selbstbegrenzte Krise kann Kulturschock so zu einer bereichernden Weiterentwicklung der Identität des Migranten und seiner sozialen und kulturellen Beziehungen führen. In diesem Sinne ist der Begriff der Identität kein statischer, sondern ein dynamischer Prozess der psychischen Reorganisation des Selbst in Bezug auf verinnerlichte und soziale Interaktionen.

Ältere Migrantinnen - Soziale Lage und Gesundheit

Feyza Palecek in: Migration & Gesundheit, Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.). 2009.

Einführung, S. 27

Migration bedeutet Entwurzelung, massiven Kulturbruch und Identitätsverlust. Migration ist ein subtiler, langsamer, generationenübergreifender Prozess (oft über fünf Generationen). Das Spektrum und die Gewichtung der Belastungen ändern sich im Laufe der Generationen durch Trennungserfahrungen, Sprachprobleme, Motivation, Zukunftssorgen in der Migration und Orientierungslosigkeit.

Belastungsfaktoren im Alter, S. 27

Folgende Faktoren spielen im Leben von MigrantInnen eine Rolle und gelten im Alter als Vorbelastung:

Emotionale Belastungen

Die besonderen emotionalen Belastungen aus der Migrationserfahrung wirken sich auf die psychische und physische Befindlichkeit von MigrantInnen aus. Migration in der westlichen Industrienation heißt Trennung vom Heimatland und vom sozialen Beziehungsnetz. Gewohnte, vertraute Orientierungen werden zugunsten einer ungewissen Zukunft im fremden Land aufgegeben und bewirken Erfahrungen von Trauer und Schmerz, die als „sozialer Tod“ bezeichnet werden können. [...]

Innerfamiliäre Generationskonflikte

Innerhalb der Familien gibt es häufig Generationskonflikte mit der 2. und 3. Generation, die hier aufgewachsen sind. Die Jüngeren sind in beiden Kulturen verwurzelt. Es wurden und werden Denkweisen der Mehrheitsgesellschaft übernommen, die der ersten Generation fremd sind und ihnen das Gefühl der Entfremdung gegenüber den eigenen Kindern geben.

Ungenügende Sprachkenntnisse

Durch ungenügende Sprachkenntnisse und den daraus resultierenden Verständigungsproblemen kann es zu einer Isolation im Alter kommen. Wenn der tägliche Kontakt mit den ArbeitskollegInnen im Ruhestand wegfällt und nicht vorher Kontakte zu Gleichgesinnten aufgebaut wurden, ist die Gefahr der Isolation, ähnlich wie bei deutschen RentnerInnen, sehr groß. Mangelnde Sprachkenntnisse erschweren die Annahme von Information und Beratung über die Dienste der Altenhilfe.

Medizinische Versorgung

Es bestehen nach wie vor Zugangsbarrieren zu medizinischer Versorgung. Sei es wegen mangelnder Sprachkenntnisse, oder sei es wegen nicht genügender Informationen über die Versorgungsstrukturen der Altenhilfe. Für viele MigrantInnen besteht eine große Hemmschwelle, die Angebote der Altenhilfe zu nutzen bzw. ihre Rechte bei Krankheit oder Bedürftigkeit anzumelden.

Bilanzierungskrise

Gerade im Ruhestand wird den MigrantInnen die große Diskrepanz zwischen ihrer Lebensplanung und ihrer Lebenswirklichkeit bewusst. Die Rückkehr ins Herkunftsland hat vielleicht aus finanziellen oder persönlichen Gründen nicht geklappt. Den Kindern konnten nicht so gute Bedingungen geboten werden, wie man es sich gewünscht hätte, und man selber ist u.U. zu krank und zu arm, um sich wenigstens im Alter noch einige Wünsche zu erfüllen.

Gesundheitliche Lage S. 28

Hinzu kommen psychosomatische Krankheiten, die aus der Migrationserfahrung resultieren. Zusätzliche Stressfaktoren dabei sind:

- Aufenthaltsstatus
- sozioökonomischer Status
- geschlechts- und altersspezifische Entwicklungen
- soziale Netzwerkstrukturen
- prä-, trans-, postmigratorische Stressoren.

Studien und Praxisberichte zeigen, dass Probleme der Über- und Unterversorgung dicht nebeneinander bestehen. Einerseits werden Hausärzte häufiger als von Deutschen aufgesucht, Notfallambulanzen der Krankenhäuser häufiger in Anspruch genommen, erfolgen Einweisungen ins Krankenhaus häufiger, ist die Verweildauer höher und werden mehr Medikamente verordnet. Andererseits sind MigrantInnen in der fachärztlichen Versorgung – insbesondere bei PsychiaterInnen und NeurologInnen – sowie in Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen deutlich unterrepräsentiert.

Versorgung bei Pflegebedürftigkeit, S. 28

Hilfestellung von außen anzunehmen, fällt MigrantInnen oft sehr schwer. Zum einen, weil sie nicht wissen, wo sie solche Hilfe erlangen können und zum anderen, weil sie nicht sicher sein können, dass genügend auf ihre kulturellen, religiösen und ethnischen Bedürfnisse eingegangen wird. Im Falle der Notwendigkeit stationärer Betreuung haben MigrantInnen noch stärker den Eindruck „abgeschoben“ zu werden und Angst, nicht gut versorgt zu sein. In den stationären Einrichtungen hingegen fehlt es nach wie vor oftmals an muttersprachlichen Kräften und Strukturen, die es MigrantInnen ermöglichen würden, sich wohl zu fühlen. Hinzu kommt, dass momentan in den meisten Altenheimen fast ausschließlich Deutsche leben und



somit MigrantInnen hier nicht davon ausgehen können, dass auf ihre Bedürfnisse und eventuellen Sprachschwierigkeiten genügend eingegangen wird.

Ein junges Gesicht der Migration: Ältere Migrantinnen und Migranten – Zum Stellenwert muttersprachlicher gerontopsychiatrischer Behandlungsangebote

Dr. med. Murat Ozankan, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie / Oberarzt und Leiter der Migrantenambulanz der LVR-Klinik Langenfeld in: Informationsdienst Altersfragen, Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.). Heft 6 – Gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten, Nov./Dez. 2010. S. 16 – 21.

Depressive Erkrankungen von Migrantinnen und Migranten im höheren Lebensalter

Die oft massiven und länger dauernden Stressbelastungen von Migrant/inn/en sind auf sehr unterschiedliche, oft interagierende bzw. kumulierende Faktoren zurückzuführen, die nicht selten bereits vor dem Migrationsakt anfangen.

Prämigratorische Faktoren der psychosozialen Gesundheit sind vor allem bei Flüchtlingen und Asylsuchenden ausschlaggebend, in abgeschwächerter Form gilt dies auch für Arbeitsmigranten, die ökonomischer Not entfliehen.

Zu den postmigratorischen Stressoren kann die Migration mit ihren Begleitumständen verstanden werden, die häufig von Ängsten, Unsicherheit, depressiven Zuständen und Frustration begleitet wird und sich als innere und/oder äußere Krise manifestieren kann. Ein weiterer Belastungsfaktor sind uneingestandene familiäre Konflikte, z.B. durch mehrjährige Trennung der Kinder von den Eltern, häufigen Wechsel der Bezugspersonen, Probleme bei der Kindererziehung. Bei Heiratsmigration kann für Frauen ein schwerer Stand in der Familie des Partners in einer kulturell fremden Umgebung ohne den Schutz der zurückgebliebenen Primärfamilie ein belastender Stressor sein; Männer können bei fehlender kultureller Kompetenz für die deutschen Verhältnisse oft nicht die Übernahme der traditionellen Führungsrolle übernehmen. Die Ablehnung eines gewünschten Ehepartners durch die Familie, Schwierigkeiten geschiedener oder verwitweter Frauen, die Trennung von den Eltern oder der Tod der Eltern in Abwesenheit der Migrant/inn/en können weitere migrationstypische familiäre Belastungen darstellen.

Daneben wirken Kommunikationsschwierigkeiten, wenig planbare Zukunftsperspektiven, die schlechtere Qualifikation in Schule und Beruf sowie ungünstige Wohn- und Arbeitsbedingungen als psychosoziale Belastungsfaktoren.

DGPPN: Flucht und Migration

www.dgppn.de/schwerpunkte/flucht-und-migration.html

Doch auch Menschen mit Migrationshintergrund, die unter anderen Umständen nach Deutschland gekommen sind oder schon lange in Deutschland leben, stehen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem vor sprachlichen, kulturellen und administrativen Hürden. Dabei kann Migration mit unterschiedlichen Stress-, Belastungs- und Risikofaktoren einhergehen, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken. Dazu zählen etwa die Trennung von den Angehörigen, eine schlechtere Bildung, ein schlechter sozioökonomischer Status, Obdachlosigkeit, Diskriminierung oder fremdenfeindliche Übergriffe. Hinzu kommt, dass Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen sowie Behandlungserwartungen je nach kulturellem Hintergrund, tradierten Werten, persönlichen Erfahrungen und sozialen Lebenswelten sehr unterschiedlich sind. In der Folge kommt es bei psychisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung und dadurch zu erhöhten Kosten für Therapie und Pflege.

Interview im Rahmen der Studie zu Bedarfen traumatisierter älterer bis hochaltriger Männer und Erfassung von bestehenden Angeboten im Land Nordrhein-Westfalen zu traumasensibler Beratung und Unterstützung

Expert*inneninterview mit Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin

Leitfadengestütztes Interview im Rahmen einer Studie im Auftrag vom

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin, Soziologin, Erziehungs- und Gesundheitswissenschaftlerin, forscht zu den Themen Demenz und Migration, Transnationale und familiäre Pflege sowie Selbstmanagement pflegender Angehöriger, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld

1. Welche traumatischen Gewalterlebnisse begegnen Ihnen in Ihrem Berufskontext im Zusammenhang mit älteren bzw. hochaltrigen Männern?

Die Migrationserfahrung stellt für viele Migranten der ersten Einwanderungswellen ein erhebliches Trauma da. Sie fanden sich in einer fremden Kultur wieder, deren Sprache sie nicht beherrschten. Kommt es im Zusammenhang mit einer Demenz zum Verlust der deutschen Sprache, werden diese traumatischen Erfahrungen reaktiviert.

Darüber hinaus gibt es bei einigen Migranten traumatische Erfahrungen aufgrund von Folter oder Krieg.

2. Wie gehen Männer Ihrer Erfahrung nach mit diesen Erlebnissen und daraus resultierenden Folgen um?

Die Erfahrungen werden nicht aktiv benannt, sondern können bei der Analyse von Interviews nur mitgedeutet werden.

Das Schamgefühl von Männern mit Migrationshintergrund ist vergleichbar mit dem Schamgefühl deutscher Männer. Es handelt sich um ein grundlegendes genderspezifisches Problem in allen Kulturen. Lediglich in Nuancen oder hinsichtlich der Themen unterscheidet sich der Umgang mit traumatischen Erlebnissen meiner Einschätzung nach.

- **Werden diese aktiv benannt?**

Nein, insbesondere demenziell Erkrankte, mit denen ich mich intensiver beschäftige, benennen traumatische Erfahrungen nicht aktiv.

- **In welchen Zusammenhängen?**

- **Wünschen die Männer sich Unterstützung hinsichtlich ihrer Belastungen?**

Bei demenziell Erkrankten mit Migrationshintergrund kommt es in einem relativ frühen Stadium zu einem Verlust der deutschen Sprache. Das stellt insbesondere für die Männer, die sich gut in die deutsche Gesellschaft integriert hatten, eine massive Belastung dar. Hier ist es wichtig, Unterstützung durch eine muttersprachliche Begleitung zu geben, um das Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit zu mindern.

Aktiv benannt werden entsprechende Unterstützungsbedarfe von den Betroffenen allerdings nicht, da sie aufgrund der demenziellen Erkrankung ihren Hilfebedarf nicht mehr deutlich artikulieren können. Angehörige können ihre und die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Angehörigen oft schwer in Worte fassen, da sie einen reflektierenden Umgang mit ihren Bedürfnissen nicht gewohnt sind.

3. Stellen ältere / hochaltrige Männer nach Ihrer Einschätzung einen Bezug zu ihren früheren / aktuellen Gewalterlebnissen und ihrer jetzigen Befindlichkeit her?

Entsprechende Zusammenhänge werden im Rahmen meiner Arbeit im Regelfall nur indirekt über Beobachtungen von Angehörigen thematisiert.

Häufig erkennen aber auch die Angehörigen entsprechende Zusammenhänge zwischen aktuellem Verhalten und früheren Traumatisierungen nicht. Entsprechende Reaktionen der betroffenen alten Männer werden dann als „nicht erklärbar“ hingenommen. Angehörige versuchen in solchen Fällen meist lediglich, entsprechende Situationen, die negative Assoziationen hervorrufen, zu vermeiden.

4. Welche Angebote/Unterstützung brauchen die Betroffenen Ihrer Meinung nach? Was könnte ihnen helfen?

Häufig fehlt gerade bei pflegenden Angehörigen das Wissen um die Bedürfnisse von demenziell Erkrankten und um eine gewaltfreie Kommunikation mit Demenzkranken. Gerade durch falsche Kommunikation kann eine (Re-) Traumatisierung aber noch verstärkt werden, so dass die Situation sich für alle Beteiligten weiter zuspitzt.

- **Wie sollten diese Angebote / die Unterstützung konkret aussehen?**

Reflexionsangebote, z. B. in Therapiegruppen für ältere Männer mit Migrationshintergrund sind bislang leider nicht vorhanden, könnten aber hilfreich sein. Allerdings stellt sich bei der älteren Generation das Problem, dass sie nicht bereit ist, Hilfe anzunehmen. Aus Schamgefühl wollen viele Betroffene nicht öffentlich über traumatische Erlebnisse sprechen

- **Wer sollte Angebote machen / Unterstützung geben? (Fremde, Freunde, Angehörige, andere Bezugspersonen)?**

Die Angebote sollten nach Möglichkeit muttersprachlich sein. Außerdem sollten die Verantwortlichen Kenntnisse der kulturellen und historischen Hintergründe haben.

5. Für welche Zielgruppen (Männer mit Demenz, Männer mit Behinderung, Sterbende,...) gibt es bisher aus Ihrer Sicht noch keine oder kaum Angebote?

Generell gibt es meines Wissens in NRW keine entsprechenden Angebote für ältere Migranten.

6. Gibt es aus Ihrer Sicht ein unterschiedliches Umgehen mit Traumaerfahrungen von alten Männern im Gegensatz zu alten Frauen?

- **Wenn ja, muss dies aus Ihrer Sicht zu unterschiedlichen Ansprachekonzepten und Angeboten führen? Bitte geben Sie möglichst konkrete Beispiele oder Empfehlungen!**

Die Angebote sollten aufsuchend sein und in Räumlichkeiten stattfinden, in denen sich die Männer sowieso treffen.

Die Angebote sollten niedrigschwellig und locker formuliert sein (keine Selbsthilfegruppe für traumatisierte Männer, sondern ein Gesprächskreis oder Frühstück, bei dem über Erfahrungen mit dem Weggehen, Herkommen und Ankommen geplaudert/gesprochen werden kann). Die Angebote sollten in deutscher und der Muttersprache stattfinden.

Den Geschichten und Erfahrungen der Männer sollte Wertschätzung und Interesse entgegengebracht werden.

Die Geschichten können im Nachgang analysiert werden. Anschließend kann ggf. ein individuelles Hilfeangebot unterbreitet werden.

In Berlin gibt es Gesprächskreise für Migranten mit suchtkranken Kindern. An diesem Angebot kann man sich ggf. orientieren.