

„Wir müssen auch Kränkungen und Diskriminierungen entgegenwirken“

Die gemeinnützigen Organisationen Peregrina, Aspis und Miteinander Lernen – Birlikte Öğrenelim verbindet die Auszeichnung mit dem Alexander-Friedmann-Preis für das besondere Engagement in der psychosozialen Arbeit mit traumatisierten Menschen über ethnische Grenzen hinweg. Cornelia Kogoj spricht mit den Therapeut:innen Sanda Schmidjell, Klaus Ottomeyer und Linda Açıkalm über die gesundheitlichen Folgen von Diskriminierung, die Auswirkungen der Coronapandemie auf Geflüchtete und Migrant:innen sowie die Weitergabe von traumatischen Erfahrungen an Nachfolgenerationen.



V. links n. rechts Sanda Schmidjell (Peregrina); Foto: privat | Klaus Ottomeyer (Aspis); Foto: Helga Mracnikar | Linda Açıkalm (Miteinander Lernen); Foto: privat

Der Begriff „Minority Stress“ steht für die besonders hohe Stressbelastung für stigmatisierte soziale Gruppen und Minderheitenangehörige und die möglichen negativen Folgen auf ihre psychische und körperliche Gesundheit. Meine erste Frage an Sie als Psychotherapeutin beim Verein Miteinander Lernen, Frau Açıkalm: Ihre Organisation

bietet systemische Familientherapie und personenzentrierte Psychotherapie für Migrant:innen an. Was ist es genau, das diesen Stress bei Ihren Klient:innen auslöst?

Linda Açıkalm: Es handelt sich um mehrere Faktoren. Ein Großteil unserer Klient:innen hat etwa aufenthaltsrechtliche, berufliche oder schulische Probleme. Alles Situatio-

nen, in denen viel Unsicherheit und existenzielle Ängste im Raum stehen. Allein wenn man bedenkt, wie viele Behördenwege Familien für ihre Aufenthaltsgenehmigungen absolvieren müssen, kann das schon einen großen Stress auslösen.

Der amerikanische Psychologe und Erziehungswissenschaftler Robert T. Carter hat den Begriff des „race-based

traumatic stress“ geprägt, den er als „emotional pain from racial experiences“, als ständige emotionale Verletzung, beschreibt, die in Folge zu psychischen Erkrankungen führen kann. Wie äußert sich dieses ständige Verletztwerden?

Açıklan: Die meisten unserer Klient:innen kommen mit schweren Depressionen zu uns. Was auch sehr häufig vorkommt, sind posttraumatische Belastungsstörungen und psychosomatische Beschwerden. Oft sind sie bereits in ärztlicher Behandlung, ohne dass Ursachen für ihre körperlichen und seelischen Beschwerden festgestellt werden konnten. Hinzu kommen Ängste wie etwa Sozialphobien. Generalisierte Angststörungen oder Panikattacken sind auch immer wieder ein Thema.

Man hört häufig, dass Betroffene, die unter diesem „race-based traumatic stress“ leiden, von ihren Therapeut:innen nicht ernst genommen bzw. nicht richtig diagnostiziert werden. Was muss Ihrer Meinung nach passieren, um diese Menschen adäquat unterstützen zu können?

Açıklan: Wichtig wäre vor allem die Schaffung von kostenlosen Therapieangeboten. Denn viele Hilfesuchende können sich keine Therapie leisten. Wir bieten zwar Sozialtarife an, aber selbst damit ist es für manche Familien schwierig. Weiters müsste ein viel größeres muttersprachliches Angebot gewährleistet werden. Für eine Person mit kaum oder wenig Deutschkenntnissen ist es sehr schwierig, ihren Zustand und ihre Beschwerden zu beschreiben. Wenn sie Glück hat, sind Dolmetscher:innen vor Ort, die aber nicht Teil der Regelversorgung sind. In akuten Krisenfällen unterstützen auch psychosoziale Dienste, trotzdem braucht es dringend muttersprachliche Psychotherapie auf Krankenschein. Wir bei Miteinander Lernen können derzeit aufgrund der großen Nachfrage keine

neuen Klient:innen mehr aufnehmen. Erschwerend kommt hinzu, dass es bei vielen Klient:innen sehr lange dauert, bis sie bei uns landen. Oft ist es schon so spät, dass manche bereits eine schwere Depression mit psychotischen Symptomen entwickelt haben.

Stichwort „muttersprachliches Angebot“: Sanda, ihr bietet in Peregrina Therapie für migrantische Frauen an. Wie stellt sich diese Problematik bei euch dar?

Sanda Schmidjell: Vorausschicken möchte ich, dass wir nicht nur muttersprachliche Behandlungen anbieten, auch Klient:innen mit guten Deutschkenntnissen kommen zu uns. Und ja, auch wir haben lange Wartelisten bzw. haben diese derzeit wieder einmal geschlossen, weil wir sie bis Ende des Jahres nicht mehr schaffen. Das ist ein strukturelles Problem. Als kleine NGO haben wir mit unserem Angebot so lange – mittlerweile seit nahezu 30 Jahren – ausgeharrt, dass ich manchmal das Gefühl habe, wir halten das ganze System aufrecht. Das kann eigentlich nicht sein.

Wie kann man sich eine Behandlungssituation vorstellen, wenn sie nicht in den jeweiligen Herkunftssprachen der Klient:innen abläuft? Welche Erfahrungen habt ihr mit Dolmetscher:innen?

Schmidjell: Wir haben eher wenig Erfahrung mit Dolmetscher:innen – dazu kann Herr Ottomeyer vermutlich mehr erzählen –, aber die Behandlung mit Dolmetscher:innen ergibt ein anderes Setting. Mit einer dritten Person im Raum entsteht eine andere Dynamik. Mittlerweile glaube ich aber, dass ich mit einem solchen Setting mehr Probleme habe als meine Klient:innen. Denn diese sind erleichtert, wenn sie überhaupt eine Therapie in Anspruch nehmen können. Die Dolmetscher:innen müssen jedenfalls professionell sein. Was wir nicht erlauben, sind Laiendolmetscher:innen oder

die Kinder der Klient:innen als Dolmetscher:innen. Das ist ein absolutes No-Go. Das machen wir nicht.

Klaus Ottomeyer: Bei uns in Aspis, wo wir vor allem mit traumatisierten Geflüchteten arbeiten, finden die meisten Therapien mit Dolmetscher:innen statt. Dabei ist es wichtig, dass diese bestimmten Regeln unterliegen. Sie müssen ebenso wie der Psychotherapeut, die Psychotherapeutin schweigepflichtig sein und nahe am Gesagten der Patientin übersetzen. Das kann man zwar nicht genau kontrollieren, aber man merkt schon, ob etwas unklar ist. In diesem Fall sollte man in Gegenwart der Patientin rückfragen. Ich frage dann z. B. die Dolmetscherin, ob sie mir erklären kann, was das Gesagte in der jeweiligen Kultur bedeutet. Aber auch die Kommunikation zwischen dem Therapeuten und der Dolmetscherin muss den Patient:innen sofort übersetzt werden. Ich halte nichts davon, Dolmetscher:innen als „Übersetzungsautomaten“ oder „Simultan-Dolmetscher:innen“ zu sehen. Ich habe eine sehr kollegiale, manchmal auch eine co-therapeutische Beziehung mit ihnen. Wichtig ist aber, dass die Dolmetscher:innen dazu angehalten werden, außerhalb der Therapie abstinent zu bleiben. Denn oft rufen Patient:innen nach einer Therapiestunde ihre Dolmetscher:innen an und bitten sie um Unterstützung bei einem Arztbesuch oder Amtsweg. Das darf natürlich nicht passieren. Wir haben aber im Großen und Ganzen gute Erfahrungen mit Dolmetscher:innen. Es gibt Untersuchungen, dass Traumatherapien mit Dolmetscher:innen genauso wirksam sind, wie jene, die muttersprachlich ablaufen. Natürlich sind das Herausforderungen, aber man sollte deswegen nicht sagen: „Ach, lass das doch bleiben, es wird sowieso alles verzerrt durch das Dolmetschen.“ Oft ist das ein Abwehrargument dafür, dass man keine interkulturelle Psychotherapie durchführen möchte.

Ich möchte daran anschließen und dich, Sanda, fragen.

ob es immer von Vorteil ist, nicht nur dieselbe Sprache zu sprechen, sondern auch selbst Minderheitenangehörige zu sein. Vielleicht weil man über ähnliche Erfahrungen wie die Klient:innen verfügt? Oder kann dies in der Behandlung auch einen Nachteil darstellen?

Schmidjell: Ich glaube schon, dass man die eigene Erfahrung – wenn auch sehr vorsichtig – miteinbringen kann. Eine ähnliche Herkunft erzeugt oftmals eine emotionale Nähe. Die Klient:innen haben das Gefühl, dass ich ihnen näher bin als etwa eine mehrheitsösterreichische Therapeutin. Ich hatte zum Beispiel heute eine Klientin, der ich zu *Bayram*, dem Fest des Fastenbrechens, gratuliert habe. Wie man das macht, weiß ich von meiner Großmutter. Meine Klientin war ganz glücklich. Sie hat das als liebevolle Geste empfunden. Was mir aber gleichzeitig klar sein muss, ist, dass ich – und das ist oft der Fall – anders sozialisiert worden bin als meine Klient:innen. Die gleiche Herkunft bedeutet nicht, dass wir die gleichen Lebensanschauungen haben. Ich komme aus einem Land, in dem es einen Bürgerkrieg gab, und ich habe es oft erlebt, dass die Klient:innen vorsichtig fragen, welcher ethnischen Gruppe ich angehöre. Das kann dann auch von Nachteil sein. Im Allgemeinen ist es aber ein Vorteil. Ich muss mir jedenfalls meiner Rolle als Therapeutin bewusst sein und es bedarf dabei ein erhebliches Maß an Selbstreflexion.

Ottomeyer: Ja, das sehe ich auch so und am besten ist es, wenn man – insbesondere bei Klient:innen, die aus Kriegsgebieten kommen – nachfragt. Wir haben zum Beispiel viele tschetschenische Klient:innen. Da bei uns kaum jemand tschetschenisch spricht, hatten wir zuerst eine Dolmetscherin aus Russland, die aber von den meisten abgelehnt wurde. Jetzt haben wir das große Glück, eine Dolmetscherin zu haben, die aus Bulgarien stammt, perfekt Russisch spricht und in der Ukraine studiert hat. Das wird auch im Hinblick auf

die ukrainischen Klient:innen von Vorteil sein. Ich hatte einmal einen Klienten aus dem Kosovo, der sowohl von der UÇK (paramilitärische Befreiungsarmee des Kosovo, Anm.) als auch von den Serben schwer traumatisiert war. Ich hatte eine sehr nette studentische Dolmetscherin aus dem Kosovo. Mein Klient dachte aber die ganze Zeit, dass der junge Mann der UÇK nahesteht, und hat deshalb über viele Dinge nicht reden können. Dann hatten wir eine Dolmetscherin aus Albanien und es ging alles gut.

Frau Açıkalin, welche Erfahrung haben Sie damit?

Açıkalin: Wir bieten vor allem muttersprachliche Beratung und Psychotherapie für türkischsprachige Klient:innen an. Zu uns kommen aber auch kurdische Frauen. Wenn wir Workshops anbieten, versuchen wir eine Brücke zwischen den unterschiedlichen Minderheiten zu bauen. Wenn wir etwa über Frauenthemen sprechen, kommt das Thema „türkisch sein“ oder „kurdisch sein“ eigentlich kaum vor. Es geht vor allem um das Thema „Frau sein“. Wir versuchen, verbindende Themen anzusprechen.

Viele unserer Klient:innen sind traditionell religiös orientiert, sodass es bei bestimmten Themen, in denen Scham und Zurückhaltung eine große Rolle spielen, zu gewissen Abwehrmechanismen kommt. Wir versuchen dann einen Weg zu finden, damit die Gruppe ohne Angst über Themen sprechen kann, über die sie sonst schweigen würde.

Aber um auf das Thema muttersprachliche Therapie zurückzukommen: Vielen unserer Klient:innen fehlt einfach der deutsche Wortschatz, um sich in Bezug auf ihre Gesundheit artikulieren zu können. In den Deutschkursen kommen diese Begriffe in der Regel nicht vor. So frage ich mich, wie eine Frau ihren Gesundheitszustand beschreiben soll, wenn sie die dazugehörigen Begriffe nicht gelernt hat?

Kommen wir zur Corona-Pandemie und deren Auswirkungen auf die mentale Gesundheit. Herr Ottomeyer, welche Folgen auf die

Gruppe der Geflüchteten haben Sie festgestellt?

Ottomeyer: Nicht so dramatische, wie man meinen möchte. Denn während eines Asylverfahrens ist man sowieso in einem Haus, aus dem man kaum herauskommt. Die Asylwerber:innen haben auch kein Geld für irgendwelche Außenaktivitäten. Von der sogenannten „Nachtgastronomie“, die den Österreicher:innen so wichtig ist, ganz zu schweigen. Das ist alles für Geflüchtete kein Thema. Und ich wüsste auch nicht, dass sich irgendjemand darüber aufgeregt hätte, beim Einkaufen eine Maske aufsetzen zu müssen. Die Pandemie hat das Leid der Betroffenen nicht dramatisch gesteigert. Die Therapien haben über Zoom stattgefunden. Alle haben heute Smartphones. Insofern ist die Situation anders als etwa bei den jugoslawischen Geflüchteten in den 1990er Jahren. Natürlich ist eine Zoom-Sitzung anders als live. Aber ich fand es einen Segen, wie gut die Klient:innen die Smartphone-Technologie beherrschen. Das war wunderbar.

Schmidjell: Ich glaube auch nicht, dass die Corona-Pandemie für den psychischen Zustand von Migrant:innen schlimmer war als für Einheimische. Was wir aber dennoch bemerkt haben, war, dass der erste Lockdown, vor allem für bosnische Frauen, das Gefühl einer vagen Bedrohung ausgelöst hat. Sie haben sich an den Anfang des Krieges versetzt gefühlt. Es hat eine sogenannte Retraumatisierung stattgefunden. Einige Klient:innen haben auch davon erzählt, wie verletzt sie sich durch Aussagen wie „das Virus kommt mit dem Auto“ oder „die Migranten schleppen die Viren ein“ gefühlt haben. Schwierig war für viele auch, nicht in ihre Herkunftsländer reisen zu können, vor allem für solche, die pflegebedürftige Angehörige haben. Aber viele haben den Beginn der Pandemie auch als wohltuend empfunden. Weniger Stress, weniger Termine etc. Und natürlich war – was Sie, Herr Ottomeyer, eben erwähnt haben – die Möglichkeit, die Behandlungen über Zoom zu führen, auch

ein Fortschritt. Auch im Hinblick darauf, dass viele Frauen Kinderbetreuungspflichten haben.

Ottomeyer: Ich möchte von mir aus noch einen weiteren Aspekt ansprechen: Die größte Belastung in der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten ist nicht die Behandlung der traumatischen Symptome, sondern die Atmosphäre der Verdächtigungen, denen diese Menschen ausgesetzt sind. Denn innerhalb eines Asylverfahrens geht es ständig darum, ob diese schrecklichen Geschichten, die sie erlebt haben, überhaupt stimmen oder ob sie nur „in unser Sozialsystem“ einwandern möchten. Das muss man sich einmal vorstellen! Das ist eine große Kränkung und eine zusätzliche Traumatisierung. Dieses „blaming the victim“ – der Begriff stammt aus der amerikanischen Rassistenforschung – schwebt oft über dem Therapievorgang. Dagegen anzukämpfen und die Betroffenen gegen die Diskriminierungen zu schützen, die sie während ihres Asylverfahrens erleben, ist in der interkulturellen Trauma-Therapie eigentlich die Hauptaufgabe. Viele Menschen können sich die alptraumartige Situation, die viele Geflüchtete erlebt haben, gar nicht vorstellen. Mitzuerleben wie einem Menschen der Kopf abgehackt wird oder bei einem Bombenangriff die Arme abgerissen werden – das möchte man nicht wahrhaben und will stattdessen lieber glauben, dass sie erfunden seien.

Die zweite große Dauerkränkung ist die Unterstellung, Geflüchtete würden „mehr bekommen“ als die Einheimischen. Hier entsteht ein Neid wie auf kleinere Geschwister, die die Aufmerksamkeit der Erwachsenen abziehen. Das trifft jetzt glücklicherweise auf die Menschen, die aus der Ukraine geflüchtet sind, nicht zu, da bei ihnen das Traktieren der Menschen mit Paragraphen wegfallen wird. Das wird wohl einfacher werden als in den Jahren 2015/2016 oder davor bei den Geflüchteten aus Jugoslawien.

Schmidjell: Allerdings kann man jetzt schon davon ausgehen, dass die Stimmung kippen wird. Nicht nur bei den Geflüchteten, wo die Situation

zweifellos noch einmal extremer ist, sondern auch bei Migrant:innen mit Aufenthaltstitel sehen wir, welche gesundheitlichen Auswirkungen diese absurde Gesetzgebung hat.

Als ich gehört habe, dass die Frauen, die jetzt aus der Ukraine flüchten, freien Zugang zum Arbeitsmarkt bekommen, war mir klar, was das bedeutet: Sie werden in Pflegeberufen arbeiten müssen. Anstatt dass man diesen Frauen Zeit gibt, anzukommen und sich zu stabilisieren, drängt man sie in Pflegeberufe. So wie damals vor 30 Jahren, als man die bosnischen Frauen in die Reinigungsbranche gezwungen hat. Diese sind völlig traumatisiert nach Österreich gekommen und mussten sofort zu arbeiten beginnen.

[Sanda, du hast es angesprochen: 30 Jahre ist es her, dass der Krieg in Bosnien begonnen hat. Im April vor 80 Jahren haben die Deportationen der Kärntner Slowen:innen stattgefunden. Wir wissen aus vielen Studien mit Holocaust-Überlebenden, dass ihre traumatischen Erfahrungen an die Nachfolgenerationen weitergegeben werden. Und man weiß, dass es – salopp formuliert – drei Generationen braucht, um einen Krieg zu verarbeiten. Wenn man die Bilder der geflüchteten Frauen und Kinder aus der Ukraine vor sich hat, kann man sich vorstellen, welche Traumata und welches Leid an die nachfolgenden Generationen weitergegeben werden. Meine abschließende Frage an alle: Gibt es Methoden, die man jetzt schon in der Therapie anwenden kann, damit es gar nicht erst so weit kommt?](#)

Ottomeyer: Ja, das stimmt, wir können jetzt schon voraussagen, dass viele Kinder der Traumatisierten ebenfalls Symptome entwickeln werden. Sie entwickeln zwar selten das ganze Spektrum an post-traumatischen Symptomen, aber das kann sich ganz unterschiedlich äußern, etwa in der ständigen Sorge um die Eltern oder dem Gefühl, dass sie die Unterdrückung der Eltern wiedergutmachen oder sogar rächen müssten.

Schmidjell: Du hast mit der Betonung auf *jetzt* eigentlich schon eine

Antwort auf deine Frage formuliert. Was wird jetzt gebraucht, damit es gar nicht so weit kommt? Die Mütter sind mit ihren Kindern hier, die Väter sind zumeist in der Ukraine geblieben. Die Geflüchteten werden mit einer sogenannten Überlebensschuld zu kämpfen haben und damit werden wir uns auseinandersetzen müssen. Ich habe keine Illusion darüber, dass der Krieg bald vorbei sein wird. Das Land ist zerstört. Wie die Ukrainer:innen kollektiv damit umgehen werden, ist schwierig vorzusagen, aber es wird gravierende Folgen haben. Meine Antwort lautet daher: Wir benötigen jetzt eine intelligente Betreuung für diese Menschen und wir müssen jetzt handeln!

Açıklın: Ich glaube, dass wir uns alle diese Frage stellen müssen. Es ist nicht nur die Aufgabe von uns Psychotherapeut:innen, Soziolog:innen oder Psycholog:innen, sich Methoden zu überlegen, wie man diese Familien, diese Kinder am besten unterstützen kann. Es ist vielmehr die Frage, wie wir als Gesellschaft damit umgehen wollen. Etwa wie die Politik darauf reagiert und wie viel Mittel zur Verfügung gestellt werden. Wie du, Sanda, und Sie, Herr Ottomeyer, gesagt haben, stehen unsere Klient:innen unter einem extremen Druck, der unter anderem durch das System der Behördenwege, der Gesetze etc. erzeugt wird. Das heißt, wir müssen ebendort anfangen. Es ist ein strukturelles Problem, das nicht auf die Beratungs- und Betreuungseinrichtungen abgewälzt werden darf.

Linda Açıklın, personenzentrierte Psychotherapeutin (IPS), Ehe- und Familienberaterin, Vortragende, Gesundheits- und Erziehungsberaterin beim Verein *Miteinander Lernen – Birlikte Öğrenelim*. Singt gerne türkische, kurdische, armenische und persische Volkslieder.

Klaus Ottomeyer, o. Univ.-Prof. i. R., Sozialpsychologe und Psychotherapeut. Er arbeitet in der Einrichtung *Aspis* mit Flüchtlingen und Verfolgten des NS-Regimes. Im Februar 2022 erschien sein Buch „Angst und Politik“ beim Psychosozial-Verlag.

Sanda Schmidjell, klinische und Gesundheitspsychologin, klinische Hypnose-, EMDR- und Traumabehandlerin in *Peregrina – Bildungs-, Beratungs- und Therapiezentrum für Immigrantinnen* in Wien und in freier Praxis.

Transkription: Ebru Uzun