Familiäre Bewältigungsstrategien

Bewältigungsstrategien und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten Jugendlicher in Familien aus der Türkei unter besonderer Berücksichtigung jugendpsychiatrischer Versorgung

Abschlußbericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft

Projekt Sche 374/2-1, 2-2, 2-3

Leitung: **Priv.Doz.Dr.med. Renate Schepker**
MitarbeiterInnen: Dr. (TR) Dipl.psych. Mehmet Toker
Dr. phil. Dipl.päd. Angela Eberding

Inhaltsangabe

1 EINLEITUNG 6

1.1 Einbettung des Projektes in das Schwerpunktprogramm FABER der DFG 6

1.2 Kurzbeschreibung des Vorhabens 7

2 FORSCHUNGSSTAND 8

2.1 Lebenssituation von Familien in der Migration 8
2.1.1 Daten zur materiellen Lebenssituation von Migrantenfamilien aus der Türkei in Essen 9
2.1.1.1 Einkommen 10
2.1.1.2 Arbeit 10
2.1.1.3 Wohnen 10
2.1.2 Situation der Kinder aus Migrantenfamilien 11
2.1.2.1 Gesundheitliche Vorsorge 11
2.1.2.2 Schulische Integration 12
2.1.3 Allgemeingesellschaftliche und politische Partizipation 13
2.1.4 Erkenntnisse bezüglich des Beratungsbedarfs 14

2.2 Strukturelle Aspekte von aus der Türkei stammenden Familien 15

2.3 Migration und psychische Gesundheit 23
2.3.1 Migration in jugendpsychiatrischen Lehrbüchern 23
2.3.2 Risiko und Resilience 24
2.3.3 Chancen von Migration 28

2.4 Kulturbezogene Psychiatrie zwischen konservativer „transkultureller“ Psychiatrie und interkulturellem Vorgehen 29
2.4.1 DSM-IV-Standards 30
2.4.2 Sicht der Migranten 31

2.5 Die psychosoziale Versorgungssituation von Migrantenfamilien 31
2.5.1 Epidemiologie 32
2.5.2 Inanspruchnahme mit Diagnoseverteilung 32
2.5.3 Inanspruchnahmebarrieren 34
2.5.4 Institutionelle Perspektive 34

3 EIGENER ANSATZ UND FRAGESTELLUNG 37

3.1 Vorannahmen 37

3.2 Theoretische Grundlegung 38
3.2.1 Familientheorie 38
3.2.2 Adoleszenztheorie 40

3.3 Forschungsperspektive 41
3.3.1 Zur „kulturbezogenen Diagnostik“ 41
3.3.2 Perspektive der Migranten 42
3.3.3 Institutionelle und Versorgungs-Perspektive 42

3.4 Forschungsdesiderate 43

3.5 Fragestellungen und Hypothesen 44

4 KOMMUNALE UND INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN 46

4.1 Die kommunale Ausgangslage zu Projektbeginn 46

4.2 Die institutionelle Ausgangslage zu Projektbeginn 46

4.3 Veränderungen im Projektzeitraum 47

5 METHODIK 49

5.1 Methodischer Ansatz 49
5.1.1 Quantifizierende Analyse 51
5.1.2 Qualitative Inhaltsanalyse 51
5.1.3 Zum Prozeß der Auswertung 52

5.2 Datengewinnung 53
5.2.1 Feldzugang und Familieninterviews 53
5.2.2 Expertenbefragung 55
5.2.3 Arztbriefanalyse 56
5.2.4 Zeitlicher Untersuchungsablauf 56

5.3 Beschreibung der Instrumente 58
5.3.1 Erfassungsbogen Soziodemographischer Daten (ESD) 58
5.3.2 Rating der Ressourcen und Risiken der Familie und der einzelnen Familienmitglieder (ReRi) 58
5.3.2.1 Ziel des Instruments 58
5.3.2.2 Kategorisierungsdimensionen 59
5.3.2.2.1 Dimension 1: Biographie und Vorerfahrungen 59
5.3.2.2.2 Dimension 2: Reales Lebensumfeld und Faktisches 60
5.3.2.2.3 Dimension 3: (Individuelle) psychische Situation 60
5.3.2.2.4 Dimension 4: Transaktionale Muster 61
5.3.2.2.5 Dimension 5: Beziehungsethik und verdientes Vertrauen 61
5.3.2.3 Operationalisierung 62
5.3.2.4 Zur Qualität des Ratingverfahrens 68
5.3.3 Rating der subjektiven Einschätzung von Problembelastung und Problemlösekompetenz (EPP) 70
5.3.3.1 Operationalisierung 70
5.3.4 Die Clinical Rating Scale (CRS) 71
5.3.4.1 Zielsetzung 71
5.3.4.2 Theoretischer Hintergrund 71
5.3.4.3 Ergebnisse aus der Türkei 73
5.3.4.4 Operationalisierung 73
5.3.5 Rating des Ausmaßes der Symptombelastung von mindestens einem Kind in der Familie (SBK) 75
5.3.5.1 Zielsetzung 75
5.3.5.2 Theoretischer Hintergrund 75
5.3.5.3 Operationalisierung 76
5.3.6 Rating Kenntnis psychosozialer Angebote (KPA) 77
5.3.7 Rating Inanspruchnahme psychosozialer Angebote durch Ambulanzpatienten (IPA) 79
5.3.8 Kontextvariablen: Ergänzendes Interviewrating (EIR) 80
5.3.8.1 Familienklima-Variablen 81
5.3.8.2 Kultureller Habitus 85
5.3.9 Kontrollüberzeugungen Jugendlicher(LOC) 88
5.3.9.1 Anwendungen hinsichtlich kultureller Faktoren und psychischer Gesundheit 88
5.3.9.2 Zugrundegelegte Normen 89
5.3.10 Child behavior checklist (CBCL) 90
5.3.10.1 Zielsetzung 90

5.3.10.2 Beschreibung des Fragebogens 90
5.3.10.3 Die Anwendung des Fragebogens im Rahmen der Familieninterviews 93
5.3.11 Familientypen 94
5.3.12 Arztbriefanalyse 95
5.3.13 Operationalisierungen 96

6 BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNGSGRUPPEN 100

6.1 Soziodemographische Stichprobenbeschreibung der Feld- und Ambulanzfamilien 100

6.2 Familienmerkmale der Feldstichprobe 106
6.2.1 Beschreibung der Essener Feldstichprobe anhand des Ratings ReRi 106
6.2.2 Beschreibung der Essener Feldstichprobe anhand des Ratings SBK 107
6.2.3 Beschreibung der Essener Feldstichprobe anhand des Ratings EPP 107
6.2.4 Beschreibung der Essener Feldstichprobe anhand der Clinical Rating Scale 108
6.2.5 Beschreibung der Essener Feldstichprobe anhand der CBCL 113

6.3 Familienmerkmale der Ambulanzstichprobe 117
6.3.1 Beschreibung der Ambulanzstichprobe anhand des Ratings ReRi 117
6.3.2 Beschreibung der Ambulanzstichprobe anhand des Ratings EPP 118
6.3.3 Beschreibung der Ambulanzstichprobe anhand der Clinical Rating Scale 119

6.4 Stichprobenbeschreibung der Expertenbefragung 119

6.5 Stichprobenbeschreibung der Arztbriefanalyse 120

7 ERGEBNISSE 122

7.1 Fragestellung 1 122
7.1.1 Ergebnisse des Teamratings zum Kenntnisstand psychosozialer Angebote (KPA) 123
7.1.2 Ergebnisse der Inhaltsanalyse zu hypothetischen Problemen 125
7.1.2.1 Ursachen für emotionale und Verhaltensauffälligkeiten 125
7.1.2.2 Lösungsvorschläge bei emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten 127
7.1.2.3 Kenntnisse über Psychiatrie und Psychotherapie 129
7.1.2.4 Diskussion des Kenntnisstandes psychosozialer Angebote 130
7.1.2.5 Diskussion der Ergebnisse der Inhaltsanalyse zu hypothetischen Problemstellungen 131

7.2 Fragestellung 2 132

7.3 Fragestellung 3 134
7.3.1 Ergebnisse 135
7.3.2 Diskussion 137

7.4 Fragestellung 4.1 138
7.4.1 Ergebnisse 139
7.4.1.1 Verhältnis von Risiken und Ressourcen für die Dimension Transaktionen 140
7.4.1.2 Verhältnis von Risiken und Ressourcen für die Dimension Beziehungsethik 141
7.4.2 Diskussion 142

7.5 Fragestellung 4.2 142
7.5.1 Ergebnisse 143
7.5.1.1 Ergebnisse zu einzelnen Ressourcenratings 143
7.5.1.2 Ergebnisse zu weiteren Variablen 144
7.5.1.3 Vorhersagekraft von Ressourcen 145
7.5.1.4 Ressourcen und Risiken: Faktorenanalyse 145
7.5.1.5 Diskriminanzanalyse 148

7.5.2 Diskussion 148

7.6 Fragestellung 5 150
7.6.1 Diskussion 160

7.7 Fragestellung 6 161
7.7.1 Ergebnisse 162
7.7.1.1 Charakteristika der (weitgehend) funktionalen Familien 163
7.7.1.2 Charakteristika der (weitgehend) dysfunktionalen Familien 168
7.7.1.3 Mehrfachzuordnungen 172
7.7.1.4 Verbindung zu anderen Familienmerkmalen 172
7.7.2 Diskussion 173

7.8 Fragestellung 7 174
7.8.1 Vorschläge der Feldfamilien zur Verminderung von Inanspruchnahmebarrieren 175
7.8.2 Diskussion 177

7.9 Fragestellung 8 178
7.9.1 Ergebnisse 178
7.9.2 Diskussion 183

7.10 Fragestellung 9 184
7.10.1 Ergebnisse der Arztbriefanalyse 185
7.10.1.1 Migrationsspezifische Daten 185
7.10.1.2 Kulturelle Einbettung und soziales Umfeld 186
7.10.1.3 Differenzerleben des Therapeuten 186
7.10.1.4 Probleme in Kommunikation und Arbeitsbündnis 187
7.10.1.5 Kulturadäquate Diagnosestellung 187
7.10.2 Ergebnisse der Expertenbefragung 188
7.10.2.1 Kommunikationsprobleme 190
7.10.2.2 Anamneseerhebung 190
7.10.2.3 Therapeutische Haltung 191
7.10.2.4 Exkurs: Ergebnisse der Gruppendiskussion zu den Experteninterviews: 192

7.11 Zusammenfassende Diskussion (Fragestellungen 5-9) hinsichtlich der Versorgungserfordernisse 193

8 DISKUSSION UND IMPLIKATIONEN 198

8.1 Abschließende Würdigung der Implikationen der Ergebnisse 206

9 LITERATUR 213

1 EINLEITUNG

1.1 Einbettung des Projektes in das Schwerpunktprogramm FABER der DFG

Das Schwerpunktprogramm „Folgen der Arbeitsmigration für Bildung und Erziehung“ war als interdisziplinäres Schwerpunktprojekt der Deutschen Forschungsgemeinschaft gegründet worden, um zu untersuchen, „welche Anforderungen durch die internationale Arbeitsmigration an das Bildungswesen gestellt sind, wie das Bildungswesen bisher auf diese Anforderungen reagiert hat und welche künftigen Entwicklungen möglich oder erforderlich sind.“ (FABER-Antrag, 1990, S. 70 f).

Das hier beschriebene Projekt fokussiert die Erziehungsberatung, die im Schnittpunkt der drei im Projektteam vertretenen Fachdisziplinen liegt: Pädagogik, Psychologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erziehungsberatung als ein Bereich von Hilfe zur Erziehung ist in verschiedensten gesellschaftlichen Institutionen angesiedelt. Das Ziel, die Strategien und Routinen von Institutionen der Aufnahmegesellschaft zu untersuchen, wurde durch die Verortung des Projektes im medizinischen Regelversorgungsbereich erleichtert, der als einziger von vielen an Erziehungsberatung beteiligten Trägern eine Pflichtversorgungsaufgabe zu erfüllen hat.

Im Sinne des Schwerpunktprogramms ist die Berücksichtigung von "Blickrichtung und Handeln der Zugewanderten" , d.h. ein Wechsel der Forschungsperspektive weg von der der Aufnahmegesellschaft essentiell. Darüberhinaus soll mit dem Projekt ein Beitrag geleistet und evaluiert werden, den monokulturellen Habitus der Versorgungsinstitution (hier die kinderpsychiatrische Ambulanz) zu verändern. Lernen durch Kulturkontakt soll die Herangehensweisen der Institution verändern und deren Begrifflichkeiten erweitern. Hierbei ist gleichzeitig Ziel des Projektes, die Gegenseitigkeit dieses Prozesses zu verdeutlichen, u.a. Begrifflichkeiten aus dem Bereich Pädagogik, Psychodynamik, Psychotherapie und Förderung bei den beteiligten Familien zu erfassen unter dem Gesichtspunkt, inwieweit eine „Vermittlung von Qualifikationen zur Komplexitätsbewältigung“ (FABER-Antrag, S. 80) stattgefunden hat.

Besonders bedeutsam für unser Projekt ist These 6 des FABER-Antrags:

> *„(...) Ziel sollte es sein, die Kinder der Minderheiten und der jeweiligen Mehrheit dazu zu befähigen, ihre eigene Kultur zu entwickeln, mit anderen Kulturen zu kommunizieren und in einer kulturell zunehmend differenzierten Lebenswelt selbstbestimmt zu handeln.“ (S. 81)*

Weitergehendes Ziel der Projektarbeit ist es, Hinweise für mögliche Beratungs- bzw. Therapiekonzepte zu erarbeiten, um die Komplexitätsanforderungen durch das Faktum der Migration sowohl für die Familien als auch für die Therapeuten bewältigen zu helfen.

1.2 Kurzbeschreibung des Vorhabens

„Anhand eines qualitativ-quantifizierenden Feldzugangs in 2 Erhebungswellen werden Zusammenhänge von Verhaltensauffälligkeiten Jugendlicher mit individuellen und familiären Ressourcen und Risiken untersucht. Ein zweiter Schwerpunkt liegt auf dem explizierten und beobachtbaren Umgang mit solchen Auffälligkeiten in Familien aus der Türkei und möglichen Alternativen zur Inanspruchnahme psychiatrischer Beratung und Behandlung.

Die Ursachen der sogenannten „Inanspruchnahmebarriere“ gegenüber jugendpsychiatrischen Hilfsangeboten auf Seiten der Familien und der Institutionen selbst werden im Verbund mit dem parallel installierten muttersprachlichen Versorgungsangebot untersucht.

Die Beschreibung von inner- und außerfamiliären Bewältigungsstrategien und verschiedenen Familientypologien in der Migration liefert eine familiendynamische Grundlegung für die Diagnostik und die Therapieplanung mit Familien aus der Türkei. Veränderungen im institutionellen Umgang mit inanspruchnehmenden Familien werden durch Experteninterviews zu 2 Zeitpunkten und Dokumentenanalysen der Klinik im zeitlichen Längsschnitt erfaßt.

Ein spezifisches Anforderungsprofil für Versorgungseinrichtungen für Familien aus der Türkei wird aufgrund der Ergebnisse der Studie entwickelt. (vgl. FABER-Bibliographie, Reich u. Bender-Szymanski 1997, S. 31)

In der nun vorgelegten Studie wurden an der Schnittstelle zwischen psychosozialen Institutionen und Migrantenfamilien deren Interaktionen und Alternativen untersucht, exemplifiziert an türkeistämmigen Familien.

2 FORSCHUNGSSTAND

2.1 Lebenssituation von Familien in der Migration

Vor einer (überwiegenden Querschnitts-) Untersuchung der Lebenssituation in der Migration erscheint ein kurzer historischer Abriss über Migrationsprozesse im allgemeinen notwendig, um die historische Entwicklung der Voraussetzungen unserer Untersuchungen darzulegen.

Eine türkische Minderheit existiert in Deutschland seit mehr als 30 Jahren: Die Migration aus der Türkei begann 1960, ihre erste Phase - überwiegend Arbeitsmigration durch junge Männer in Zeiten von beschränkten Arbeitskraftressourcen in Deutschland - wurde durch das Anwerbeabkommen zwischen der Bundesrepublik und der Türkei 1961 stark forciert und durch den Anwerbestopp 1973 beendet. Kennzeichnend für viele dieser Arbeitsmigraten war, daß sie schon zuvor von den Dörfern in die Städte der Türkei binnenmigriert waren.

Die zweite Phase der Migration ab Mitte der 70er Jahre war durch die Familienzusammenführung geprägt. So stieg die Anzahl türkeistämmiger Einwohner in Deutschland weiterhin stark an, während die Zahlen nach dem Anwerbestopp bei Griechen und Spaniern sanken (Sen 1993). Diese zweite Phase endete mit einer Verschärfung des Familienzusammenführungsgesetzes 1981 und dem Rückkehrförderungsgesetz 1983. Seither wandern aus der Türkei entweder Familienangehörige (per Heiratsmigration) oder asylsuchende Flüchtlinge nach Deutschland ein. Von den Asylbewerbern der letzten Jahre kamen etwas weniger als 10 % aus der Türkei (Zentrum für Türkeistudien 1994).

Migrationen waren ständig auch von - temporären oder vollständigen - Rückmigrationen der Arbeitsmigranten, ihrer ganzen Familien oder einzelner Familienmitglieder begleitet. Deutschland weist die höchste Fluktuationsrate aller europäischen Länder auf. Das Verhältnis von Einwandern und Autochthonen liegt hier seit 20 Jahren höher als in den „klassischen Einwanderungsländern“ USA, Kanada und Australien (Dietzel-Papakyriakou 1997).

Nach Untersuchungen des Zentrums für Türkeistudien sind die Rückkehrabsichten der türkeistämmigen Bevölkerung jedoch abnehmend. 1980 wollten noch 40 % der türkeistämmigen Einwohner in Deutschland in die Türkei remigrieren, 1993 trugen nur noch 17% Rückkehrabsichten (Sen 1993).

Mit den gestiegenen Bleibeabsichten erhöhte sich der Anteil an Jugendlichen in der Bevölkerung aus der Türkei seit Mitte der 70er Jahre bis heute auf das Doppelte. Unter den Angehörigen der 2. Generation sind weniger Rückkehrwillige als unter denen der 1. Generation (Sen 1993).

Heute leben allein im Land Nordrhein-Westfalen (NRW) 676.894 Menschen mit einem türkischen Paß, davon 38,5% Männer, 31,7% Frauen und 29,8% (201.950) Kinder unter 16 Jahren (MAGS 1996). 7% aller Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre in NRW sind damit türkischer Nationalität. Einwohner aus der Türkei machen in NRW 39,4% aller Nichtdeutschen aus und bilden damit die größte nach Nationalität definierbare Minderheit. In NRW stammen damit anteilmäßig deutlich mehr Einwohner

aus der Türkei als im Bundesgebiet (dort 28,1%[1]). Hierbei sind Eingebürgerungen nicht erfaßt, die in den letzten Jahren entsprechend den mittlerweile erreichten Aufenthaltsdauern zunahmen (von 0,3 auf 0,6 % der ausländischen Bevölkerung jährlich zwischen 1974 und 1993, Beauftragte der Bundesregierung 1995, S. 124). Der größte Teil der Migranten lebt bereits seit mehr als 10 Jahren, über 25% bereits über 20 Jahre in der Bundesrepublik und bildet damit eine stabile ethnische Minderheit. Dies ist auch daran ablesbar, daß sich die Zahl der Selbständigen aus der Türkei seit 1983 mehr als verdreifacht hat (Zentrum für Türkeistudien 1994). Von den Asylbewerbern der letzten Jahre kamen weniger als 10 % aus der Türkei (Zentrum für Türkeistudien 1994).

Dennoch besteht eine hohe strukturelle Arbeitslosigkeit: bundesweit ist die Quote an Arbeitslosigkeit bei Arbeitsuchenden aus der Türkei nach den Italienern die zweithöchste, betrachtet man die traditionellen Herkunftsnationalitäten der Arbeitsmigranten (11 % 1991). Ausländer sind in der BRD seit 1970 mit höheren Arbeitslosenquoten belastet als deutsche Arbeitnehmer. Arbeitslose Jugendliche erreichten bundesweit noch deutlich höhere Quoten als Erwachsene: 1990 waren 12,4 % der 20-24jährigen jungen Erwachsenen türkischer Nationalität und 11,1 % der unter 20jährigen arbeitslos (Zentrum für Türkeistudien 1994). Unter den ausländischen Arbeitslosen von bis zu 25 Jahren sind mit knapp 80 % diejenigen ohne Berufsausbildung stark überrepräsentiert (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer 1995, S. 139), wobei insgesamt 44 % der Migranten dieser Altersgruppe ohne Ausbildung bleiben; unter den jungen Türkinnen sind es über die Hälfte (ebenda).

Aufgrund der negativen Bevölkerungsprognosen der autochthonen Bevölkerung und der deutlich höheren Geburtenraten in Migrantenfamilien läßt sich voraussehen, daß das System der sozialen Sicherung im nächsten Jahrtausend zunehmend von den Arbeitnehmern nichtdeutscher Herkunft abhängen wird (Esser 1998).

Tabelle 1: Aufenthaltsdauer der ausländischen Wohnbevölkerung 31. 12. 1993 (alle Angaben in Prozent, vgl. Stadt Essen 1997)

Aufenthaltsdauer	unter 1 J.	1 - 10 J.	10 - 20 J.	20 - 30 J.	über 30 J.
alle	8,9	41,0	21,7	22,6	4,4
Türkeistämmige	3,6	31,7	36,4	27,5	0,9

2.1.1 Daten zur materiellen Lebenssituation von Migrantenfamilien aus der Türkei in Essen

Das Forschungsprojekt „Familiäre Bewältigungsstrategien“ wurde in Essen, d.h. einer Universitätsgroßstadt im Ballungsraum des westlichen Ruhrgebiets entwickelt. Das Ruhrgebiet bietet mit seinen regionalen Besonderheiten: Verkehrserschlossenheit und hohe Bevölkerungsdichte und mit der historischen Gegebenheit, daß hier zwischen Mitte der 50er bis Mitte der 70er Jahre besonders aktiv Arbeitskräfte aus dem Ausland angeworben wurden, besondere Voraussetzungen für ein Projekt, das sich mit der Lebenssituation von Migrantenfamilien beschäftigt.

[1] Ende1994, Mitteilungen der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer

Essen als Ruhrgebietsmetropole zeichnet sich durch einen etwas geringeren Anteil an ausländischer Wohnbevölkerung aus als die Umgebung des Ruhrgebiets. So betrug der Anteil von Kindern türkischer Nationalität an den unter 18jährigen 1995 offiziell nur 5,6 % (im Gegensatz zu annähernd dem doppelten Anteil in den umliegenden Städten). Dennoch hat die Stadt durch historische Besonderheiten seit Ende der 60er Jahre zum Teil modellhafte Infrastrukturen insbesondere für Bewohner aus der Türkei entwickelt: so wurden das Zentrum für Türkeistudien und das Dokumentationszentrum der Arbeiterwohlfahrt in Essen angesiedelt, das Institut für Migrationsforschung, Ausländerpädagogik und Zweitsprachendidaktik an der Gesamthochschule eingerichtet, die Kurse „Türkisch am Krankenbett“ als Kooperationsprojekt von Universität und Volkshochschule etabliert, den Ausländerbeirat, als einen der ersten, mit eigener Geschäftsstelle eingerichtet; es liegt der einzige muslimische Friedhof im Ruhrgebiet in Essen usw.[2] Die Datengrundlage zur Lebenssituation nichtdeutscher Einwohner ist durch diese besondere Situation relativ ergiebig und die Möglichkeiten für Familien, Informationen zu psychosozialen Angeboten zu erhalten, sind vielfältig.

2.1.1.1 Einkommen

Nach Angaben des Amtes für Statistik der Stadt Essen (1997) sind die nichtdeutschen Einwohner Essens in stärkerer Weise als die deutschen von Einkommensarmut betroffen. Als einkommensarm werden Personen bezeichnet, die „laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegeseztz (BSHG) oder laufende Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) beziehen.“ Dies betrifft 5,5% der deutschen Einwohner Essens und 24,8 % der nichtdeutschen. Darunter sind zwar die Einwohner aus der Türkei mit 18,7% die größte Gruppe, sie sind aber im Vergleich zu Staaten wie z. B. Libanon, Afghanistan und Sri Lanka unter den Nichtdeutschen relativ zu ihrem Anteil an der Bevölkerung unterrepräsentiert, v.a. da der Anteil der Flüchtlinge unter den Migranten aus der Türkei geringer ist als derjenige unter den anderen der o. g. Staaten.

Desweiteren wirkt sich Arbeitslosigkeit ursächlich auf Einkommensarmut aus.

2.1.1.2 Arbeit

Die Arbeitslosenquote 1995 lag in Essen für die deutschen Einwohner bei 7,6%, für die nichtdeutschen bei 11,9% und für die Einwohner aus der Türkei bei 12,9%[3].

2.1.1.3 Wohnen

Bezogen auf die Wohnraumversorgung liegen Zahlen aus Essen von 1991 vor.

In Haushalten mit mehr als 4 Personen lebten knapp 15% der deutschen und mehr als 44% der nichtdeutschen Einwohner.

[2] s. auch Kapitel 4
[3] Stadt Essen 1997, S. 69-71

Tabelle 2: Prozentuale Verteilung gemäß der Haushaltsgröße bei Deutschen und Nichtdeutschen in Essen[4]

	1 Person	2 Personen	3 Personen	4 Personen	5 und mehr Personen
Deutsche	32,5	36, 0	16,9	11,1	3,5
Nichtdeutsche	12,6	23,8	19,4	21,6	22,5

Die an Familienmitgliedern größeren Migrantenfamilien leben in relativ weniger Wohnraum.

Tabelle 3: Prozentuale Verteilung deutscher und nichtdeutscher Haushalte mit Kindern und durchschnittliche Raumzahl je Person[5]

	Haushalte ohne Kinder	Haushalte mit Kindern	Räume pro Person
Deutsche	75,7	24,3	1,6
Nichtdeutsche	42,8	57,2	1,1

Die Wohnungen der nichtdeutschen Haushalte weisen somit nach einer repräsentativen Umfrage im Jahr 1991 eine erheblich größere Belegungsdichte auf. Das Amt für Statistik kommentiert „Beengte Wohnverhältnisse beeinträchtigen aber nicht nur die individuellen Rückzugsmöglichkeiten. Ein fehlender Eigenbereich kann z. B. auch die kindliche Sozialisation behindern.“(Stadt Essen 1997, S. 88)

Desweiteren unterscheidet sich die Ausstattung der Wohnungen.

Nichtdeutsche: 24% Ofenheizung, 12% ohne Bad oder WC außerhalb der Wohnung

Deutsche: 6% Ofenheizung, 3% ohne Bad oder WC außerhalb der Wohnung

Migrantenfamilien leben im Vergleich zu deutschen demnach durchschnittlich in schlechter ausgestatteten Wohnungen. Auch bewohnen sie mit 10,2% viel seltener Wohnungseigentum im Vergleich zu deutschen Haushalten (mit 21, 4%).

2.1.2 Situation der Kinder aus Migrantenfamilien

2.1.2.1 Gesundheitliche Vorsorge

Eine Erhebung des Gesundheitsamtes der Stadt Essen (Stadt Essen 1993) zeigt, daß die Gesundheitsvorsorge bei Kindern im Vorschulalter in nichtdeutschen Familien sehr lückenhaft ist. So lag z. B. ein vollständiger Impfstatus bei Schulanfängern 1995 bei 80,8% der deutschen Kinder vor, bei 57,8% der nichtdeutschen und bei 60,7% der türkeistämmigen Kinder. Ähnlich verhält sich der Früherkennungsstatus für die Schulanfänger 1995: 52,6% der deutschen Kinder hatten an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen, 10,8% der nichtdeutschen und 8,8 % der türkeistämmigen.

[4] Stadt Essen 1997, S. 93
[5] Stadt Essen 1997, S. 94

In Essen zeigt der Vorsorgestatus ein ausgeprägtes Nord-Süd-Gefälle, er ist in den nördlichen Stadtteilen mit hohem Ausländeranteil besonders niedrig, ohne daß die Versorgungsdichte mit Kinderärzten oder mit Außenstellen des Gesundheitsamtes dort geringer wäre. Familien mit seltener Teilnahme an Vorsorgeangeboten sind oft kinderreiche Familien und oft besuchen ihre Kinder keinen Kindergarten.

Bei Kindern mit unzureichendem Vorsorgestatus werden bei der späteren Schuleingangsuntersuchung „häufiger behandlungsbedürftige Gesundheitsstörungen wie Sehschwäche, Übergewicht, Verhaltens-, Koordinations- und Sprachstörungen“(Stadt Essen 1997, S. 111) diagnostiziert.

2.1.2.2 Schulische Integration

Bezüglich der Schulsituation in Essen (im Schuljahr 1995 / 96) zeigen sich große Differenzen zwischen deutschen und nichtdeutschen Kindern, aber auch innerhalb der Gruppe der nichtdeutschen. Schüler aus der Türkei bilden mit 41,78% wiederum die größte Gruppe unter den Nichtdeutschen.

Tabelle 4: Prozentuale Verteilung von deutschen, ausländischen und türkeistämmigen Schülern ab Klasse 5 in Essen (Schuljahr 1995 / 96)[6]

	Hauptschule	Sonderschule	Realschule	Gymnasium	Gesamtschule
Deutsche	10,5	6,5	19,4	46,7	16,9
Ausländer	29,0	13,6	12,3	19,4	25,7
TürkInnen	32,8	13,4%	10,3	12,0	31,5

Tabelle 5: Verteilung von deutschen, ausländischen und türkeistämmigen Schülern ab Klasse 5 (ohne Sonderschulen) in NRW (Schuljahr 1994 / 95)[7]

	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Gesamtschule
Deutsche	19,5	22,7	43,3	14,4
Ausländer	46,7	15,4	18,3	19,6
TürkInnen	48,8	14,6	12,2	24,4

Kinder von Zuwanderern sind im Vergleich zu Deutschen an Sonder- und Hauptschulen über- und an Gymnasien und Realschulen unterrepräsentiert. Auffällig ist der große Anteil von türkeistämmigen Schülern an den Gesamtschülern, sowohl in Essen als auch in NRW. Desweiteren besuchen in Essen vergleichsweise weniger nichtdeutsche Kinder die Hauptschule und relativ mehr die Gesamtschule als in NRW. Dies wird u. a. auf die seit Jahren existierenden besonderen Förderangebote für aus-

[6] Stadt Essen 1997, S. 140
[7] MAGS 1996

ländische Schüler durch die „Regionale Arbeitsstelle zur Förderung ausländischer Kinder und Jugendlicher“ (RAA) zurückgeführt (Stadt Essen 1997).

Erreichte Schulabschlüsse fallen zahlenmäßig dennoch deutlich hinter die Schulbesuchszahlen zurück.

Tabelle 6: Prozentuale Anteile ausgewählter Schulabschlüsse bei deutschen und ausländischen Schülern in Essen (Schuljahr 1994 / 95)[8]

	deutsche Schüler	ausländische Schüler
Abgangszeugnis ohne Hauptschulabschluß nach frühestens 10 Schuljahren	2,5	9,2
Hauptschulabschluß ohne Versetzungsvermerk	1,8	5,1
Hauptschulabschluß nach Klasse 10	14,3	23,7
Sekundarstufe I ohne Berechtigung zum Besuch der Jahrgangsstufe 11 der- gymnasialen Oberstufe	21,9	18,2
Sekundarstufe I mit Berechtigung zum Besuch der Jahrgangsstufe 11 der gymnasialen Oberstufe	17,7	19,3
Abitur	33,4	14,6

Der Anteil von Schulabgängern ohne Hauptschulabschluß ist bei den zugewanderten Schülern viermal so hoch wie bei deutschen, liegt in Essen jedoch 1994 deutlich niedriger als 1992 im Bundesgebiet, wo 21 % der nichtdeutschen Schüler die Schule ohne Hauptschulabschluß verließen[9]. Das Abitur erreichen in Essen relativ nur halb so viele Nichtdeutsche im Vergleich zu Deutschen.

2.1.3 Allgemeingesellschaftliche und politische Partizipation

In Essen besteht seit 1987 der Ausländerbeirat als politische Beteiligungsmöglichkeit für ausländische Einwohner auf kommunaler Ebene (ab 1994 für alle Kommunen ab 5000 ausländischen Einwohnern gemäß § 27 Gemeindeordnung NW Pflicht). Es betrug die Wahlbeteiligung an den drei bisher stattgefundenen **Wahlen** (in Klammern: Wahlbeteiligung der türkeistämmigen Einwohner, Stadt Essen 1997, S.190):

1987 20,74% (46,17%)

1992 19,56%, (keine Differenzierung)

1995 19,99% (40,12%)

Von der Möglichkeit politischer Partizipation durch aktive Mitwirkung in Parteien machen Migranten in sehr geringem Ausmaß Gebrauch: so zählten die CDU 0,76 %, die

[8] Stadt Essen 1997, S. 141
[9] Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer 1995

SPD 2,8 % (überwiegend Türkeistämmige) und die Grünen 8 % ausländische Mitglieder.[10]

An weiteren, gesellschaftlich etablierten Netzwerken existierten 1997 in Essen 77 Vereine mit aktiver Beteiligung von Nichtdeutschen (davon allein 23 türkische und 2 kurdische), an denen 21 unterschiedliche Nationen teilhaben. Dies sind z. B.:

Kulturvereine, landsmannschaftliche Vereine, Vereine in Anlehnung an politische Parteien des Heimatlandes, internationale Vereine, Vereine mit inhaltlicher / Selbsthilfe-Orientierung (z. B. Anti-Rassismus-Telefon), heimatorientierte Vereine, religiöse und interreligiöse Vereine, Sportvereine

2.1.4 Erkenntnisse bezüglich des Beratungsbedarfs

Bezüglich der sozialen Betreuung sowie der Jugend- und Familienhilfe wird in der „Informationsbroschüre zur Lebenssituation nichtdeutscher Einwohnerinnen und Einwohner in Essen“[11] festgestellt, daß sich die Inhalte und der Bedarf an sozialer Beratung deutlich ausgeweitet haben. Die Probleme von Deutschen und Nichtdeutschen werden als vergleichbar eingeschätzt in Hinsicht auf familiäre Konflikte und Erziehungsprobleme, z. B. aufgrund von steigenden Scheidungsraten und der Zunahme Alleinerziehender, der Zunahme von Drogengebrauch, von Straffälligkeit und von Problemen im Schul- und Wohnumfeld. Statistiken seien in diesem Bereich nicht vorhanden.

In der Geschäftsstelle des Ausländerbeirats stieg die Zahl der Beratungsgespräche kontinuierlich an. Dort bilden türkeistämmige Ratsuchende mit 41,8% die größte Gruppe, wobei zu beachten ist, daß die allgemeine Beratung für die türkische Bevölkerungsgruppe bei der Arbeiterwohlfahrt durch die Aufgabenveränderung der türkeistämmigen Sozialberater nicht mehr durchgeführt wird.

Migranten gelten aus Sicht der Kommune als grundsätzlich hilfsbedürftiger als Deutsche, u.a. durch gesellschaftliche und strukturelle Diskriminierung wie schlechterer Zugang zum Wohnungsmarkt, Ausgrenzungsmechanismen durch den „Inländer-Vorrang“ auf dem Arbeitsmarkt, höhere Arbeitslosigkeit, Arbeitserlaubnispflicht, Bestimmungen des Ausländergesetzes etc. Allgemeine Probleme, die auch sozial benachteiligte deutsche Gruppen erleben, würden durch die Migration und die damit verbundenen spezifischen sozialen und soziokulturellen Konflikte verschärft. Genannt werden diesbezüglich z. B. Aufenthaltsstatus, unterschiedliche Sozialisationserfahrungen, Sprachkompetenz, Schul- und Berufsausbildung.

Es falle Migrantenfamilien schwer, Hilfsangebote z. B. bei der Heimunterbringung von Kindern oder bei Sonderschuleinweisungen anzunehmen, da dies für sie ein Gesichtsverlust bedeute.

Bei der Betrachtung der inhaltlichen Beratungsaspekte wird die Notwendigkeit einer muttersprachlichen Beratung für bestimmte Personengruppen (z. B. für türkischsprachige Klienten als größte Gruppe in Essen) betont. Dies gelte auch für die Zukunf, z. B. wegen des Zuzugs von Familienangehörigen (überwiegend Ehepartner ohne deutsche Sprachkenntnis nach Sozialisation in der Heimat) und deren Erreichbarkeit.

Für Migranten werden auch im differenzierten Angebot der Stadt Essen noch erhebliche Zugangsbarrieren zum Regelsystem freier und öffentlicher sozialer Dienste und Einrichtungen verzeichnet. Wenig frequentierte Regeldienste werden deutlich stärker

[10] Stadt Essen 1997, S. 183
[11] Stadt Essen 1997, S. 159-170

in Anspruch genommen, wenn in der Einrichtung Angebote in der Muttersprache gemacht werden bzw. wenn sie über bikulturell erfahrene, zweisprachige Mitarbeiter verfügt. Als Beispiel wird das Jugendpsychiatrische Institut der Stadt Essen (JPI) genannt, wo sich die Zahl der Beratungs- und Therapiefälle nichtdeutscher und binationaler Familien in einem 10-Jahreszeitraum proportional zum Arbeitszeitumfang einer türkischen Diplom Psychologin steigerte, bzw. reduzierte (zwischen 33 und 59 % der nichtdeutschen Familien.) [12]

2.2 *Strukturelle Aspekte von aus der Türkei stammenden Familien*

Der Untersuchungsgegenstand unserer Studie ist die aus der Türkei stammende Familie mit adoleszenten Kindern, die in Deutschland ihren Wohnsitz hat. Diese sehr allgemein gehaltene Bestimmung impliziert mehrerlei:

a.) Auch wenn es universelle Gegebenheiten von Familien, Familienstrukturen und -dynamiken gibt, so soll nicht eine kulturvergleichende Untersuchung z.B. mit deutschen oder aus Italien migrierten Familien stattfinden, sondern aus der Türkei stammende Familien sollen in ihren kulturellen Eigen- und Besonderheiten, d.h. emisch untersucht und dargestellt werden.

b.) Die Formulierung „aus der Türkei stammend“ meint, daß davon auszugehen ist, daß ethnische, religiöse und kulturelle Unterschiede in Familien in der Türkei bestehen (Türken und Kurden, Sunniten und Aleviten, Gewerbetreibende und Akademiker, Dörfler und Städter - um nur einige Beispiele für mögliche Differenzierungen zu geben). Diese Formulierung meint aber auch, daß in dieser Studie Familien erfasst werden, die aus der Türkei nach Deutschland migriert sind, wobei die 35jährige deutsch-türkische Geschichte der gesteuerten Arbeitsmigration dazu geführt haben mag, daß Familien hinsichtlich der Aufenthaltsdauer in Deutschland sich unterschiedlich zusammensetzen können (z.B. ein in Deutschland geborener Vater mit seiner erst vor kurzer Zeit im Rahmen der Heiratsmigration nachgezogenen Frau, die Stiefmutter der adoleszenten Kinder ist, die ebenfalls in Deutschland geboren sind, zwischenzeitlich aber für mehrere Jahre beim Onkel in der Türkei gelebt hatten).

c.) Der Wohnsitz in Deutschland mag eine unterschiedliche Rechtsgrundlage haben. Es kann ein Duldungsstatus nach Asylbegehren bestehen, oder aber auch ein Antrag auf Einbürgerung in Deutschland gestellt worden sein. Ebenso mögen Bleibeabsichten bzw. Rückkehrpläne sich unterscheiden.

d.) Die Familienform selbst kann zwischen der Einelternfamilie und der Großfamilie (Großeltern, Eltern, Onkel und Tanten, Kinder, Nichten und Neffen in einem Haushalt) divergieren. Die erweiterte Familie oder das eigenethnische soziale Bezugsumfeld mag vom Wohnort fern sein, oder aber die Familie mag in einem ethnischen Ghetto soziale Beziehungsstrukturen geschaffen haben, ähnlich denen der Herkunftsregion in der Türkei.

e.) Schließlich mag auch die soziale Schichtzugehörigkeit in Deutschland, der Bildungsgrad der Eltern und die Art der Erwerbstätigkeit eine bedeutsame Rolle spielen.

f.) Zwar versuchten wir den Gegenstand zu begrenzen, indem Familien mit adoleszenten Kindern untersucht werden sollten, und damit Familien in einem begrenzten Entwicklungsabschnitt im Familienzyklus, doch geht die Definition der Adoleszenz sehr weit. Es betrifft Kinder ab dem Alter von 12 Jahren und

[12] Stadt Essen 1997, S.170

kann nach einigen Autoren weit in das vierte Jahrzehnt eines Menschen reichen. Eltern können nach ihrem Heiratsalter und der Geburt des heute adoleszenten Kindes zwischen 30 und 60 Jahre alt sein.

Die Zahl sozialpsychologischer und kulturvergleichender Studien über Familien in und aus der Türkei ist begrenzt und zumeist sind die Arbeiten noch jüngeren Datums.[13] In ihnen wird die oben dargestellte Variabilität zwar angesprochen, doch fehlen empirische Untersuchungen zu den meisten Variablen (so gibt es unseres Wissens keine vergleichende Studie zwischen alevitischen und sunnitischen, oder kurdischen und türkischen Familien). Auch die Migrationsforschung in Deutschland droht durch die Vielzahl neu hinzukommender und zu berücksichtigender Variablen in der Untersuchung von Migrantenfamilien schnell überholt oder reduktionistisch zu werden.[14] Noch immer wird von der zweiten, manchmal sogar dritten Ausländergeneration gesprochen, wobei der häufige Nachzug von Ehegatten (Stichwort: Heiratsmigration) unterschlagen wird. Der Versuch, prototypische Familien darzustellen, droht schnell in Stereotypien abzugleiten, ist aber als Annäherung an ein Verständnis des zu Untersuchenden ein erster Schritt.

In zwei zusammenfassenden Übersichten von Studien in der Türkei ab Mitte der 60er Jahre beschreibt Fisek(1982 und 1993) die türkische Gesellschaft als weiterhin traditionell, autoritär und patriarchalisch geprägt, wobei insbesondere in ländlichen Regionen enge Blutsbande und Verwandtschaftsbeziehungen die Grundlage der meisten sozialen Beziehungen bilden. Zwar befinde sich die Türkei in einem rapiden gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Wandel, der die traditionelle, bäuerliche und patriarchalische Gesellschaft in Richtung einer modernen, städtischen und egalitären Gesellschaft verändere. Trotz dieses gesellschaftlichen Wandels würden aber weiterhin familiäre Werte stark betont (Ergüder, Kalaycioglu, u. Esmer 1991), der Einzelne sei eingebettet in hierarchische Beziehungen, innerhalb derer das Wohl der Gemeinschaft ein höheres Gut darstelle als das des Individuums. Die sozialen Beziehungen hätten die Qualität einer „Kultur der Bezogenheit“[15], wobei die Beziehungen untereinander geordnet seien auf der Basis von gegenseitigen Unterstützungs- und Loyalitätserwartungen zwischen den Verwandtschaftsgruppen. Die erweiterte Familie schaffe Unterstützung und Sicherheit auch in Fällen, wo die Kernfamilie dies nicht mehr allein gewährleisten kann, z.B. im Falle der Arbeitsmigration des Mannes. Sowohl in den Städten und den sie umschließenden Elendsvierteln (Gecekondus), als auch auf dem Lande herrscht nach türkischen Untersuchungen zwar die Kernfamilie vor, doch ist nach Fisek davon auszugehen, daß die erweiterte Familie zumindest psychologisch wirksam ist. Im sozialen Kontext wird also Wert gelegt weniger auf Autonomie und Individualität, sondern mehr auf enge Gruppenbande, Verläßlichkeit, Loyalität und Interdependenz.

Betrachte man die Kernfamilie, so spiegele sich nach Fisek (1982) dort die gesellschaftliche Hierarchie nach Alter (Generation) und Geschlecht wider, wobei letzterem die größere Bedeutung zukomme (Fisek 1991).

---

[13] aus sozialanthropologischer Sicht s. Karasan-Dirks (1980). Hier wird die türkische Familie auch in ihrer historischen Entwicklung beginnend in der Zeit vor der Islamisierung bis heute dargestellt, wobei einen Schwerpunkt die legislativen Änderungen im Rahmen der laizistischen Reformen Atatürks bilden.

[14] laut Boos-Nünning (1994) gibt es zwar eine „kaum übersehbare Zahl an Aufsätzen und Büchern über ´ausländische Familien in Deutschland“, in einer 1990 von ihr mitherausgegebenen annotierten Bibliographie seien zum Themenbereich Sozialisation und Familie allein bis 1984 65 Bücher besprochen woden, doch sei man letztendlich doch nur auf die Ergebnisse sehr weniger Untersuchungen angewiesen.

[15] „culture of relatedness“ s. auch Kagitçibasi (1996). Akgün (1991) spricht hier von „Bindungskultur“.

So sei weiterhin und für alle gesellschaftlichen Gruppen gültig, daß der Status der Frau geringer sei, als der des Mannes. Dies ändere sich auch kaum durch die Berufstätigkeit oder den Bildungsstatus der Frau, höchstens dann (in den mehr traditionell geprägten Gegenden), wenn sie einen Sohn gebäre, später dann noch einmal, wenn sie die Rolle der Schwiegermutter übernehme. Auch die Lebenswelten von Frauen und Männern seien strikt getrennt: während Frauen im häuslichen Bereich tätig und für die Betreuung der Kinder zuständig seien, stünden die Männer im Austausch mit der Außenwelt. Ein Rollenwechsel sei kaum möglich.

Statusunterschiede ergeben sich Fisek (1982) zufolge desweiteren auf dem Hintergrund der Generationenzugehörigkeit. Die sehr wichtige Rolle der Kinder liege weniger in ihrer Funktion als Quelle psychischen und emotionalen Wohlbefindens der Eltern begründet, als vielmehr in der Funktion der künftigen ökonomische Versorger der erweiterten Familie. Der Status von Kindern sei generell gering, wobei auch hier Jungen den Mädchen vorgezogen würden. Dies sei auch in den Städten der Fall (Fisek 1993). Auf dem Dorf könne der Status des ältesten Sohnes sogar den der Mutter übersteigen. Großeltern väterlicherseits kommt der höchste Status zu. Sie bleiben als Autoritäten bestehen, auch wenn der Sohn die ökonomische Versorgung der Familie übernommen hat.

In der Kernfamilie (Vater, Mutter und Kinder) herrscht damit eine klare Rollendifferenzierung und -segregation vor, wobei die Anstrengungen der Familie mehr dem ökonomischen Überleben als einer emotionalen Erfüllung dienen. Unter Eheleuten wird wenig kommuniziert, was auch durch die (geschlechts-) getrennten Lebenswelten bedingt ist. Gewichtige Entscheidungen werden vom Mann allein gefällt, wobei letztendlich auch hier kaum Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Familien zu beobachten sind. Die Ehe wird weniger als eine selbst gewählte Partnerschaft verstanden, vielmehr ist sie meist als ein Arrangement zweier Familien zustande gekommen, wobei sozialen und ökonomischen Überlegungen Vorrang eingeräumt wurde.

Aus systemischer Sicht ist die Kernfamilie nach Fisek (1982) als ein Subsystem der erweiterten Familie zu sehen. Die Außengrenzen der Kernfamilie sind unklar und durchlässig, Mann und Frau bleiben ihren Herkunftsfamilien emotional verbunden[16], wobei der Mann diese Kontakte intensiver gestalten kann. Da ein emotionaler Austausch zwischen Mann und Frau nur sehr eingeschränkt stattfindet, bleibt der Frau zur emotionalen Erfüllung und Erhöhung des Sebstwerterlebens nur die Hinwendung an ihre eigenen Kinder. Hier drohen dann aber ebenfalls Grenzen, nämlich die zwischen den Generationen, verwischt zu werden. Eine Verstrickung der Subsysteme ist somit in traditionell türkischen Familien leicht möglich, die Entwicklung autonomer und aktiver Individuen erschwert.

Die türkische Kultur wird als pronatalistisch beschrieben (Fisek 1993). Auch wenn sonst eine starke Geschlechtertrennung in der Familie besteht, so wird übereinstimmend berichtet, daß die Mutter-Sohn-Beziehung generell sehr eng sei. Einerseits mag dies in traditionellen Familien darin begründet sein, daß die Frau durch die Geburt des Sohnes eine Statusaufwertung erfährt, andererseits darin, daß die Mutter-Kind-Beziehungen eine Nähe ermöglichen, die zwischen den Eheleuten derart offen nicht ausgedrückt werden darf. Im Gegensatz zur engen Mutter-Sohn-Beziehung ist die zwischen Vater und Sohn beschreibbar als formal, autoritär und distanziert. Ein in dieser Hinsicht besonderes Ereignis ist die Beschneidung der Jungen im Alter zwi-

[16] So versteht Fisek die Eltern auch als koexistierendes Interface von zwei Individuen, die fusioniert blieben mit ihren Herkunftsfamilien.

schen 3 und 6 Jahren. Nach der Beschneidung wird die stufenweise Ablösung von der Mutter initiiert, gleichzeitig setzt ein Geschlechtsrollentraining durch Einführung in die Männerwelt der dörflichen Gemeinschaft ein.

Für Cevik und Ceyhun (o.J.). ist die Beschneidung einer symbolischen Kastration gleichzusetzen und führt dazu, daß ab diesem Zeitpunkt die weibliche Autorität verleugnet und eine Überlegenheit des Mannes in übertriebener Form internalisiert wird. Der Übergang in die Welt der Männer gehe in traditionellen Familien auch sehr abrupt vor sich. Habe sich der Vater gegenüber dem Sohn bis zu diesem Alter eher distanziert verhalten und sei das Verhältnis des Kindes zum Vater eher ängstlich als idealisierend gewesen, so müsse das Kind jetzt sehr schnell männliche Tugenden zeigen. Konflikte auf der ödipalen Ebene könnten nicht mehr gelöst werden, es komme zu einer ödipalen Fixierung, die sich im Erwachsenenalter durch Idealisierungsneigung und Omnipotenzerwartungen gegenüber Autoritäten zeige.

In der Erziehung der Kinder dominieren Liebe, Kontrolle und Behütung. Von den Kindern wird erwartet, daß sie gehorsam, respektvoll und still sind. Aktivität, Neugierde, Lebendigkeit und Gesprächigkeit hingegen sind verpönt. Ein derartiges explorierendes Verhalten des Kindes wird einer Untersuchung von Erol et al. (Erol, Yalin u. Öztürk 1988) zufolge von Seiten der Eltern mit Nicht-Beachtung einzudämmen gesucht. Der offene Ausdruck von Gefühlen wie Ärger und Feindseligkeit wird Kindern gar explizit verboten.

Die Erziehungspraktiken sind stärker auf dörfliche Lebenswelten ausgerichtet. Weniger symbolisches Lernen wird gefordert, vielmehr Lernen am Modell und motorische Fertigkeiten.[17] Das Erziehungsverhalten kann als inkonsistent beschrieben werden. Kinder werden stark behütet und in ihren autonomen Handlungen eingeschränkt. Disziplinarische Maßnahmen sind das Drohen mit körperlichen Züchtigungen, Ängstigen vor übernatürlichen Kräften und Vorwürfe. Erklärungen für Verbote oder Mißbilligungen werden von Eltern selten vorgetragen. Fisek (1993) weist aber auf neuere Studien hin, die in den Städten entsprechend der Differenzierung der Schichtzugehörigkeit eine demokratischere Erziehungshaltung mit weniger körperlichen Strafen und stärkerer Förderung autonomer Handlungen beobachteten.

Dies mag unter anderem darauf zurückgehen, daß abhängig vom sozialen (städtisch - dörflich) und sozioökonomischen Status der Familie (gemessen am Bildungsniveau der Eltern) Kinder in der Türkei nicht mehr nur in ihrem materiellen Wert für die Familie gesehen, sondern auch in ihren Bedürfnissen wahrgenommen werden, d.h. einen psychologischen Wert erhalten. Somit wandelt sich die traditionell eltern-zentrierte zu einer kind-zentrierten Familie.[18] Kagitçibasi (1996) betont, daß dieser soziale Wandel zwar die materielle Abhängigkeit voneinander mindert, nicht aber die emotionale (resp. psychische).

Ein Unterschied in der Erziehung von Söhnen und Töchtern ist insoweit zu beobachten, als daß Jungen ermutigt werden, Probleme nach außen zu tragen, Mädchen hingegen zu Konformismus und Passivität angehalten werden.So zeigte sich in einer Untersuchung an einer Schülerpopulation in Ankara , daß Jungen im Verhalten eher aktiv, ruhelos, aggressiv und ungehorsam sind, Mädchen hingegen sich besorgt, ängstlich, depressiv, und somatisch besorgt verhalten (Erol et al. 1988). Je höher der

[17] Helling, G.A. (1966): The Turkish village as a social system. Los Angeles, Occidental College. zitiert in Kagitçibasi, 1996, S. 36. Ein derartiger nonverbaler elterlicher Lehrstil sei auch heute noch weit verbreitet, u.a. bei türkischen Minderheiten in den Niederlanden.

[18] s. Kagitçibasi 1996, S. 27

sozioökonomische Status, desto weniger rigide sind aber diese Geschlechtsrollenstereotype ausgeprägt (Fisek 1993).

Auch die Bedeutung der Schulbildung der Kinder für die Familie ist sowohl schicht- als auch geschlechtsabhängig zu beurteilen. Die Mehrzahl der Kinder besucht nach der obligatorischen Grundschule keine weiterführende Schule mehr, wobei dies eher noch für Mädchen zutrifft. In traditionell geprägten Familien werden Mädchen mit zunehmendem Alter ans Haus gebunden und sollen, wenn überhaupt, dann eher technische Fertigkeiten erwerben als akademische. Die Berufswahl ist abhängig vom Geschlecht. Mädchen sollen Näherin, Lehrerin, Krankenschwester oder Sekretärin werden (alles Tätigkeiten, die sehr arbeitsintensiv sind bei geringem Lohn), Jungen werden mehr dazu gedrängt, in den Handel zu gehen. Diese Stereotype sind unter den städtischen Eliten seltener anzutreffen. Hinsichtlich der Wahrnehmung von Bildungsoptionen werden Jungen und Mädchen dort gleichsam ermutigt, in der Berufswahl gelten kaum Geschlechtsstereotype. Allerdings warnt Fisek (1993) davor, den Berufserfolg von Frauen in den Städten mit einer Statuserhöhung in der weiterhin patriarchalischen Gesellschaft gleichzusetzen.

Der Verstädterungsprozess verändert die familiären Strukturen. Zwar wird die Geschlechtssegregation nicht aufgehoben, doch Mann und Frau können eigene Lebenswelten stärker gestalten. Wo aber die externale Kontrolle geschwächt wird und ältere Autoritätspersonen nicht vermittelnd eingreifen können, bleiben Mann und Frau auf sich allein gestellt, ohne daß sie gelernt hätten, miteinander zu kommunizieren und Intimität zu gestalten. Konflikte werden dadurch vermehrt zwischen den Eheleuten direkt ausgetragen, und es verwundert somit nicht, daß gerade unter binnenmigrierten Familien in Gecekondus, die auch die stärkste Belastung durch sozialen Wandel erfuhren, die höchsten Scheidungsraten anzutreffen sind (Fisek 1982, 1993).

Der soziale Wandel in der Türkei wird am stärksten von Binnenmigranten erlebt, ehemaligen Kleinbauern, die in die Trabantenviertel der Metropolen gezogen sind. Ergebnissen einer umfangreichen makrosoziologischen Studie 1994 zufolge stellen die Bewohner der Gecekondus eine besondere städtische Gruppe, eine Subkultur, dar [19]. Sie tragen weder die strukturellen Merkmale der städtischen Wohnbevölkerung, noch sind sie den prototypisch dörflich-traditionellen Familien gleichzustellen. Meist begünstigt durch Kettenmigration werden zwar dörfliche Strukturen aufrechtzuerhalten gesucht. Es besteht auch ein sehr starkes solidarisches Netzwerk über die Familie, Verwandtschaft, Bekannte aus der gleichen Region stammend, Freundschaft und Nachbarschaft. Gleichzeitig tragen die Binnemigranten in den Gecekondus aber auch Merkmale einer städtischen Unterschichtpopulation, hauptsächlich gekennzeichnet durch Armut. Das bedeutet, daß die materiellen Ressourcen der Familie für Grundbedürfnisse wie Lebensmittel und Wohnen aufgebraucht werden, für Gesundheit und Bildung bleibt nicht viel übrig.

Hinsichtlich der Familienstruktur besteht die hierarchisch-patriarchalische Organisation der Familie fort. Die Frauen wirken zwar tendenziell aufgeklärter und offener für Neues als die Männer, es kommt aber nicht zu einer radikalen, sondern lediglich zu einer begrenzten Bewußtseinsänderung bei den Frauen. Dies mag begründet sein im sehr niedrigen Bildungsniveau dieser Frauen. Nach Cevik und Ceyhun führen die Berufstätigkeit der Frau und der Kinder jedoch langsam dazu, daß die traditionelle Autoritätsposition des Vaters untergraben wird.

Was an Veränderungen innerhalb der Familien sichtbar ist, ist meist auf die Verhaltensebene beschränkt, wie z.B. eine neue Form der Arbeitsteilung zwischen den

[19] Fisek, G.O. (1995).

Eheleuten, wo auch der Mann frauentypische Hausarbeiten verrichtet, während die Frau außer Haus beruflich tätig sein kann. Es gibt also leichte Veränderungen auf der Verhaltensebene, die sich aber bisher nicht in der Werteorientierung der Familien niedergeschlagen haben.

Die Kettenmigration aus einem Dorf in ein Trabantenviertel bietet den binnenmigrierten Familien Rückzugsmöglichkeiten, um den Anpassungsdruck zu mildern. So können Einzelheiten der Umgebung langsam aufgenommen werden, anschließend mag sich ein systematischer Wandel in den familiären Strukturen vollziehen (Fisek u.Schepker 1997). Nach Karasan-Dirks (1980) können sich in Fällen, wo ein verwandtschaftlicher Zuzug in bestimmte Wohnviertel nicht möglich war, trotzdem auf Gegenhilfe beruhende Beziehungen zu Nachbarn entwickeln, wobei sich die Unterschiede zwischen verwandt sein (akrabalik) und Nachbarn sein (komsuluk) verwischen können.

Anders die Auswirkungen der Außenmigration. Nach Fisek und Schepker (1997) findet ein Wechsel in eine fremde, gleichzeitig hochstrukturierte Umgebung statt, wo die Sozialstruktur „keinen Spielraum für Verstädterungsmanöver, wie sie in der Binnenmigration in Gecekondus funktionieren“ lasse. Beobachten lassen sich drei Formen von Adaptationsleistungen traditionell strukturierter Familien: es mag sein, daß der Anpassungsdruck durch eine konservativ-homöostatische Haltung bis zu einem bestimmten Grad aufgefangen wird. Dies wäre dann der Fall, wenn die Familie sich stark auf die eigenen tradierten familialen Werte beruft und sich der deutschen Umwelt verschließt (im Sinne von Segregation). Eine andere Antwort wäre die der Marginalisierung, daß das Familiensystem dem Anpassungsdruck nicht mehr standhalten kann, sich nicht verändert und letztlich zusammenbricht durch Krankheit, Delinquenz oder psychische Devianz einzelner Familienmitglieder. Schließlich wäre gegenüber dergestaltigen Wandeln erster Ordnung ein Wandel zweiter Ordnung denkenswert, indem sich das Familiensystem auf einem neuen Niveau reorganisiert. Ein derartiger Wandel ist nach Fisek und Schepker jedoch nicht vorhersagbar und vollzieht sich durch kleine partielle Veränderungen. Die zum Teil noch bestehenden rigiden Geschlechts- und Generationengrenzen in den Familien erlauben es sogar, daß ein derartiger Wandel auf Subgruppenebene stattfindet, ohne das Familiensystem als Gesamtes zu gefährden. Eine Schlüsselposition kommt dabei der Mutter zu, wenn sie in der Lage ist, zwischen der Autorität des Vaters und den Wünschen der Kinder als Puffer zu agieren.

Die besondere Rolle der Mutter in türkeistämmigen Familien in der Migration war Gegenstand einer Studie von Nauck (1985). Eine Untersuchung der familiären Interaktionsstrukturen ergab, daß entgegen dem Stereotyp der „autoritär-patriarchalischen“ Familienorganisation in über 70 % der untersuchten türkeistämmigen Migrantenfamilien Entscheidungen gemeinsam von den Eheleuten gefällt werden (synkratische Entscheidungsmuster), beide jedoch relativ autonom handeln. Während das Entscheidungsverhalten (über Haushalt, Kinderpflege, soziale Beziehungen und Erwerbstätigkeit) somit dem der Familien der deutschen Aufnahmegesellschaft ähnelt, unterscheiden sich die türkeistämmigen Familien von der Aufnahmegesellschaft im Grad der Kooperation zwischen den Eheleuten. Auswirkungen auf die Entscheidungsmacht und Aufgabenallokation haben die Kinderzahl in der Familie (je weniger desto autonomer die Ehepartner), der Zeitpunkt der Wanderung der Frau im Migrationsyklus der Familie (je früher desto autonomer), die Herkunftsregion der Frau (je urbaner desto autonomer), der Bildungsgrad der Frau („dies ist der erklärungskräftigste Einzelfaktor für Entscheidungsmacht und Aufgabenallokation in türkischen Migrantenfamilien überhaupt“ (Nauck 1985, S.458) und die Desegregations-Motivation der Eheleute (im Sinne einer Eingliederungsbereitschaft). Für Veränderungen in der Famili-

enstruktur scheint weniger von Bedeutung eine Wohnortnähe zu Verwandten und Landsleuten, zu ethnischen und allgemein familienbezogenen Institutionen zu sein. Für Nauck, der diese innerfamiliären Veränderungen „als ersten Hinweis auf die Ausdifferenzierung einer ethnischen Minoritätenkultur“ (Nauck 1985, S.458) deutet, weisen die Ergebnisse dieser Studie auf ein wachsendes *heimliches Matriarchat* in türkeistämmigen Migrantenfamilien hin. Der synkratisch-frauenzentrierte Familienstruktur-Typ und der matriarchalisch-autonome Typ nähmen zu und die individuellen Eigenschaften der Ehefrau hätten einen stärkeren Einfluß auf die familiäre Interaktionsstruktur. Hinzu kommt die sehr viel stabilere Mutter-Kind-Beziehung.

> *„Im einzelnen zeigt der Dyaden-Vergleich, daß die Mutter-Kind-Beziehungen sehr viel „stabiler“ als Vater-Kind-Beziehungen sind und weniger durch Bildungs- und Assimilationsprozesse modifiziert werden: Mit zunehmender Bildung und Assimilation wird bei den Müttern die Erziehungseinstellung gegenüber ihren Töchtern lediglich etwas permissiver und die autoritäre Rigidität nimmt ab; hinsichtlich der Söhne verliert lediglich die Orientierung an der eigenen Erziehung stark an Bedeutung. Bei den Vätern sind dagegen die Erziehungseinstellungen insgesamt sehr viel stärker von Bildung uns Assimilation beeinflußt, wobei die Beziehung zur Tochter stärker durch Bildung, die Beziehung zum Sohn stärker durch den Eingliederungsprozeß verändert wird.“*[20]

Hierzu merkt Wilpert (1987) kritisch an, daß Veränderungen in der Ressourcenverteilung ohne Kenntnis der Vormigrationssituation nicht gut untersuchbar seien. Vielmehr müsse die kulturelle Herkunft in der Herkunftsgesellschaft gesehen werden, wozu sie eine Einteilung in ländlich/kinderreiche und städtische Familien vorschlägt. Zu berücksichtigen sei, inwieweit auch im Herkunftsland eine Familie aus einer unterprivilegierten Gegend stamme, in der sie bereits einen Minoritätenstatus innegehabt habe. Unter Einbeziehung der im Untersuchungsraum Berlin großen Gruppe von Kindern mit kurdischer Muttersprache wird eine Familientypologie entwickelt, die 4 Kategorien umschließt: ländliche kinderreiche Familien mit stärkerer Fragmentierung (d.h. Trennungen während des Migrationsprozesses), ländliche Minoritäten (oft mit Kettenmigration), mobile Kleinfamilien ländlicher Herkunft (oft nach Binnenmigration mit gemeinsamer Migration) und städtische Familien mit höherer Qualifikation der Eltern. Die hier beschriebenen Eigenschaften der Familien erklärten unterschiedliche Orientierungen (z.B. hinsichtlich Berufswünschen und Rückkehroptionen), Bezugsgruppen (monoethnisch oder flexibel) und unterschiedliche soziale und kulturelle Ressourcen (Wilpert 1987).

Zur Stellung der Frauen und Mädchen in der Migration sind der Literatur sehr unterschiedliche Standpunkte zu entnehmen (Übersicht bei Schepker u.Eberding 1996). Gümen, Herwatz-Emden und Westphal (1994) sowie Herwatz-Emden (1995) erklärten anhand von Einzel- und Gruppeninterviews überwiegend berufstätiger Migrantinnen aus der Türkei, daß Migrantinnen eigene Wege von Weiblichkeit, Mutterschaft und der Integration beider begehen, die sich von den vorgegebenen Formen und typischen Konflikten der Majoritätskultur qualitativ unterscheiden lassen im Sinne einer „nicht-westlichen Modernität“.

Aus einer familientherapeutischen Perspektive, entwickelt an inanspruchnehmenden Familien in der muttersprachlichen Erziehungsberatung, nähert sich Güç (1991) der türkeistämmigen Familie in Deutschland. Der Migrationsstreß schaffe die Notwendigkeit zu einem Zusammenschluß der Immigrantenfamilien mit der Herausbildung einer

[20] Nauck & Özel (1986), S. 304; zitiert in Boos-Nünning (1994), S.10.

eigenen Subkultur. „In der diskriminierenden Umgebung ist jeder mehr denn je auf seine Familie, Gruppe und Kultur als Quelle seiner persönlichen Bedürfnisse und Identitätsfindung angewiesen. Die Gruppe verhilft u.a. dazu, Mißerfolgserlebnisse nicht immer gleich auf sich zu beziehen und die durch Gesetz festgeschriebene Ungleichheit wahrzunehmen.“ (Güç 1991, S. 8) Die Reaktion der Familien auf den *Minderheitenstreß* werden bei Güç ähnlich beschrieben wie bei Fisek und Schepker. Güç unterscheidet neben einer traditionell verstrickten Familie, die sich an den traditionellen Strukturen im Heimatland und an der ethnischen Gruppe in Deutschland orientiere, die überangepasste Familie, die wenig Kontakte zur eigenen Ethnie habe und meist isoliert in deutscher Umgebung lebe und aufgrund der Überforderung bei ständigem Anpassungsdruck die psychisch stabilisierende kulurelle Orientierung nicht zu geben imstande sei; daneben existiere als Typus die gespaltene Familie, d.h. die Familie sei aufgeteilt ist in diejenigen, die das Verlassene, die Heimat idealisieren und diejenigen, die die Heimat negativieren; und schließlich gebe es die vom Zerfall bedrohte Familie, wo materielle Not und fehlender Zusammenhalt unter den Familienmitgliedern bestimmende Merkmale seien.

Nach Güç bewegen sich Immigrantenfamilien ständig auf einem Kontinuum zwischen Überanpassung an die neue Umgebung und Verharren in der traditionellen Lebensweise. Für ein gesundes Funktionieren in der Migration müsse die Familie in beide Richtungen flexibel sein, was er als Integrationsfähigkeit bezeichnet. „Unter Integration verstehe ich keine Assimilation, sondern die Fähigkeit, unter Bewahrung der eigenen kulturellen Identität (Tendenz zur Homöostase) sich offen und flexibel mit den neuen Werten und Verhältnissen auseinanderzusetzen (Tendenz zur Veränderung) und diese gegebenenfalls reflektiert in die Persönlichkeit aufzunehmen. Psychologisch heißt das für uns Immigranten z.B., *sich von der Gruppenpersönlichkeit hin zur Individualität zu bewegen, ohne jedoch die Fähigkeit zur Gruppenorientierung zu verlieren*.“ (Güç 1991 S. 11f, Hervorhebung durch uns

Diese Überlegung Güç´s entspricht am ehesten noch dem, was Kagitçibasi als „Model of Emotional Interdependence“ beschrieb (Kagitçibasi 1996, S.87ff) Demnach wäre es fatal, wenn Familien aus Bindungskulturen einen Wandel hin zu westlichen individualzentrierten Familientypen machten. In diesem Fall würden familiär vermittelte kulturelle Werte der emotionalen Bindung mißachtet, damit auch entsprechende psychologische Bedürfnisse. Vielmehr käme es darauf an, die beiden entgegengesetzten Bedürfnisse nach Autonomie und Verbundenheit dialektisch aufzulösen.

Der hohe Stellenwert der Familie für türkeistämmige Migranten hat für Akgün (1991) insoweit Konsequenzen, als daß es bei den meisten türkeistämmigen Migranten in psychotherapeutischen Kontexten kontraindiziert sei, bei auftretenden Problemen individualtherapeutisch vorzugehen. „Denn weder ist der einzelne darauf vorbereitet, sich getrennt von der Familie zu verwirklichen, noch ist die Familie bereit, das Individuum aus der Gemeinschaft zu entlassen.“ (Akgün 1991, S. 26).

Zusammenfassend läßt sich damit festhalten, daß türkeistämmige Familien in Deutschland ähnliche Anforderungen zur Neugestaltung durchmachen wie binnenmigrierte Familien in der Türkei. Die Rahmenbedingungen mögen in Deutschland ungünstiger sein, sei es dadurch, daß im Ausland eine Trauerarbeit über den Verlust der Heimat und der alten Werte noch dringlicher ist (vgl. Güç 1991) oder deswegen, da Familien auf Diskriminierungen seitens der Majoritätsethnie und ihrer Institutionen im Sinne einer Abwehrhaltung rigide und verschlossen reagieren. Nach Koderisch (1996) sind zugewanderte Familien von der „strukturellen Rücksichtslosigkeit“ der Gesellschaft gegenüber Familien besonders betroffen. Uzun (1993) weist darauf hin, daß erst allmählich ein Bewußtsein für eine eigene Immigranten-Kultur wachse, etwa

eine Verlagerung von Türkeipolitik auf Immigrantenpolitik, eine Zunahme von Institutionalisierungen, ohne daß jedoch einerseits schon eine ethnische Infrastruktur entstanden sei oder andererseits eine Identitätsmöglichkeit als „Deutsch-Türken“ mit gleichgestellter gesellschaftlicher Partizipation.

Ähnlich wie in der Türkei wird der sozioökonomische und soziale Erfolg der Familie die letztendliche Entwicklung in der Migration bestimmen.

2.3 Migration und psychische Gesundheit

Unser Forschungsvorhaben hat die Untersuchung innerfamiliären und professionell helfenden Umgangs mit Problemen adoleszenter Kinder in Migrantenfamilien zum Ziel, mit besonderem Fokus auf die institutionelle Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Übersicht über die verfügbare Literatur aus dem Fachgebiet soll insbesondere auf den Wissensstand zu Kindern in Familien aus der Türkei bezogen werden.

Die Beschäftigung mit den Bedingungen der psychischen Entwicklung für Kinder stellt eines der zentralen Themen der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar, die explizit Soziologie, Entwicklungspsychologie und Pädagogik zu ihren Grundlagenwissenschaften zählt (vgl. Remschmidt und Schmidt 1988). Daher sind soziale und familiäre Faktoren den Krankheitskonzepten traditionell inhärent, die sich nach Remschmidt (1988) in der Kinder- und Jugendpsychiarie nie an einem rein „medizinischen Modell“ orientiert hätten.

2.3.1 Migration in jugendpsychiatrischen Lehrbüchern

In den gängigen Lehrbüchern der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet sich das Thema Migration bei Steinhausen (1993) und Remschmidt (1992) in differenzierter Form in einem eigenen Kapitel:

> *„…einiges spricht dafür, daß mit zunehmendem Ausmaß an kultureller Distanz und fehlender Integration das Risiko von Fehlentwicklungen zuninmmt. Das Vermittlungsglied zur individuellen Störung des Kindes ist dabei ... die Störung familiärer Funktionen, die bei ausgeprägten Kulturkonflikten ansteigt“ (Steinhausen 1993, S.31).*

> *„Diese (zweite) Generation teilt vielfach nicht die Ziele ihrer Eltern, ist bezüglich ihrer sozialen, schulischen und beruflichen Chancen den einheimischen Kindern unterlagen, ist Diskriminierungen ausgesetzt, lebt in einer Status- und Identifikationsunsicherheit im Gastland und ist vielfach resigniert und enttäuscht. Diese Jugendlichen können zu einem ernsten Problem für unsere Gesellschaft werden. Daher sollte ihnen die Möglichkeit zur Berufsausbildung, zur geregelten Arbeit und zur Integration in unsere Gesellschaft gegeben werden. Sollte dies nicht gelingen, so ist bei ihnen mit Störungen vielfältiger Art zu rechnen, vor allem mit psychischen Auffälligkeiten und Delinquenz.“ (Remschmidt 1992, S. 57)*

Verstreute Hinweise im Lehrbuch von Eggers, Lempp, Nissen und Strunk (1996) heben auf die Risikobelastung ab. Bei Resch (1996) vermißt man jegliche Erwähnung des Themas, hier wird Migration nur als ein möglicher psychosozialer Belastungsfaktor gemäß Achse 5 des Multiaxialen Klassifikationsschemas nach ICD-10 aufgezählt. Das jüngst erschienene Lehrbuch von Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort (1997) erwähnt im Kapitel „Risikofaktoren“ lediglich im Rahmen der Ergebnisdarstellung zum Family Adversity Index (s.u.), daß „ ein hoher Anteil von Immigranten-Kindern“ als

„belastender Schuleinfluß identifiziert“ worden sei (S. 29). In allen deutschsprachigen Lehrbüchern vermißt man trotz ausführlichster Schilderung des notwendigen diagnostischen Vorgehens einen Hinweis auf die kulturelle Zugehörigkeit als zu berücksichtigender Eigenschaft von Patienten oder Familien oder auch die Erwähnung von deren Nichtbeachtung als möglicher Fehlerquelle, wie bereits in einem Lehrbuch der Amerikanischen kinderpsychiatrischen Fachgesellschaft (AACAP) von 1991 (dort schon vor Erscheinen des DSM IV, S. Kap. 1.4.) nachzulesen:

> *„Chapter: Family Assessment and Therapy Models. .....In this assessment process, it is essential to appreciate the role of ethnocultural values in the clinical presentation (Mc Gouldrick et al 1982) and to identify the family's convictions about itself and its relationship to social reality (Kantor und Lehr 1975, Reiss 1981) in formulating the diagnosis and deciding on treatment strategies and methods. Diagnosis and treatment of a family that does not take into account ethnocultural issues and the family's beliefs about itself and ist convictions about social reality will nor be accurate or effective. For example, therapists proposing an egalitarian negotiation model (Malone 1983) for family decision making .... to a traditional closed system (Kantor and Lehr 1975) or a New England „Yankee“ family (Mc. Goldrick et al 1982) will run into powerful resistance .... Such an approach may also run the risk of labeling as „pathology“ traits or characteristics of family life that relfect ethnocultural influence.“ (Malone 1991, S 607)*

Im Einleitungskapitel des gleichen Lehrbuchs findet sich die Bemerkung, es sei nicht mehr akzeptabel, bestimmte Aspekte menschlichen Leidens nicht als Gebiet der psychiatrischen Zuständigkeit zu sehen.

> *„During the past two decades, we have witnessed a remarkable shift in the attitudes of both clinicians and investigators.... toward the special stresses imposed on the development of minority-group youngsters.“ (Cohen 1991, S.17)*

2.3.2 Risiko und Resilience

Die allgemeine kinder- und jugendpsychiatrische Risikoforschung differenziert bisher nicht zwischen autochtonen und Migrantenkindern. Sie hat systematisch Stressoren untersucht und starke Beziehungen zwischen belastenden Lebensereignissen und psychischer Fehladaptation belegt. Ein gegenwärtiger Trend, sich mehr mit Widerstandsfähigkeit (engl. resilience, definiert als „gesunde Entwicklung unter erschwerten Bedingungen“) zu beschäftigen, entspringt nach Fonagy (1994) sowohl einem primärpräventiven, ökonomischem Interesse als auch einem Anliegen nach Chancengleichheit und sozialer Gerechtigkeit.

Aus der Sicht des Wissensstandes um die „Widerstandsfähigkeit“ von Kindern können nach neueren empirischen Erkenntnissen Belastungs-, beziehungsweise Risikofaktoren ausgeglichen werden:

- durch verstärkte elterliche Kontrolle, die den Kontakt mit schädlichen Umgebungsbedingungen minimiert;
- durch soziale Netzwerke;
- durch religiöse Eingebundenheit und Glauben;
- durch gute zwischenmenschliche Bewußtheit und Empathie und durch ein Gefühl für Humor;

desweiteren durch eine sichere Bindung an die verläßliche Mutter in den ersten 2 Lebensjahren;

wobei die eigene Einstellung der Erwachsenen zur Familienbindung und eine Fähigkeit zur Selbstreflektion von Bedeutung sind.

Höök und Mitarbeiter (1995) wiesen anhand eines „Lebensereignis-Inventars für Kinder“ eine modulierende Wirkung der Familienfunktion auf die konsekutiven Verhaltensauffälligkeiten der Kinder nach.

Jenseits der sozialen und psychischen Wirklichkeit von Kindern in ihren Familien werden neuerlich genetische Faktoren zur Erklärung bemüht, die sowohl bestimmten Auffälligkeiten von Eltern als auch ihrer Kinder zugrundeliegen könnten bzw. im Sinne einer Vulnerabilität die Reaktion auf belastende Lebensereignisse gleichsinnig modulieren (Garmezy und Masten 1994). Nach Garmezy täte risiko- und ressourcenbezogene Forschung gut daran, zunächst sowohl die Psychopathologie der Eltern, als auch deren Verhalten innerhalb der Familie und relevante belastende Lebensereignisse für die Familie zu erfassen.

Die klinische Psychiatrie ging bei der Beschreibung von Kindern aus Migrantenfamilien von Inanspruchnahmepopulationen aus. Theorien bezogen auf die spezifischen Risiken von Migration für die seelische Gesundheit haben daher über lange Zeit die Literatur beherrscht.

Riedesser (1982) und Von Klitzing (1983) gehen entsprechend der in den 80er Jahren vorherrschenden Deprivationstheorien von einer drohenden „Welle abweichenden Verhaltens“ durch die Integrationsprobleme der Migrantenkinder der 2. und 3. Generation aus, u.a. da die Eltern aufgrund von ökonomischen Zwängen nicht die inneren Ressourcen besäßen, sich mit den Problemen der Kinder zu konfrontieren.

Fauser (1986) benennt im Sinne einer Kulturkonflikttheorie Bilingualismus, bikulturelle Sozialisation, Nationalität und veränderte Lebensumstände als pathogene Faktoren. Zimmermann (1995) verweist auf Trennungen, Generationenkonflikte und innerfamiliäre Kulturkonflikte. Nach Zimmermann (1995) seien Migrantenkinder auch der 3. Generation noch durch einen Kulturkonflikt risikobelastet, denn „Generationskonflikte“ würden durch die „bessere Anpassung“ der Kinder eher verschärft und seien „eher die Regel als die Ausnahme“.

Demgegenüber erklären Silbereisen et al (1993) auf dem Boden empirischer Erkenntnisse zum Suchtmittelgebrauch, Generationenkonflikte in Migrationssituationen seien in ihren Auswirkungen bisher überschätzt worden, ein Risiko entstehe lediglich bei einer „Ablösung von der Heimatkultur“ (S.352) im Sinne einer Wurzel- oder Beziehungslosigkeit.

Fichter und Mitarbeiter (1988) sahen die Kulturschock- bzw. Akkulturations-Streß-Hypothese auch für die begleitenden Familien aufgewogen durch die positive Selektion der Arbeitsmigranten durch die deutschen Behörden. Diese Interpretation ist angesichts der Komplexität der Migrationsbewegungen durch Familienzusammenführung und Heiratsmigration heute überholt. In Fichters Studie fielen Gesundheitsbeschwerden insgesamt bei migrierten Jugendlichen nicht höher als im Heimatland aus, und bei griechischen Jugendlichen in der Bundesrepublik geringer als in Griechenland aus; eine Ausnahme bildeten türkische adoleszente Mädchen, die höhere gesundheitliche Beschwerden in der Bundesrepublik aufwiesen. Dies entspricht eventuell einer Angleichung an die Haltung autochthoner Jugendlicher zu körperlichen Beschwerden im Sinne einer umgekehrten Akkulturation, wie sie neuerlich von Siefen und Mitarbeitern belegt wurde (1998). Demnach waren bei deutschen Mädchen eher depressive Einstellungen als bei den untersuchten nichtdeutschen zu beobachten.

Verbreitet sind Geschlechtsrollentheorien: speziell türkische Mädchen würden darunter leiden, daß für sie in der Bundesrepublik wenig Zukunftsperspektiven und kaum Möglichkeiten zur aktiven Lebensgestaltung bestünden; sie seien „vielfach ihrer Situation hilflos ausgeliefert“ (Dittmann und Kröning-Hammer 1986; vgl. kritische Übersicht dazu bei Schepker und Eberding 1996).

Arbeiten psychoanalytischer Provenienz basieren auf Einzelfallanalysen an Patienten mit Migrationshintergrund und deutlicher Psychopathologie. Sie entwickeln anhand der Triebtheorie Konflikte zwischen Ich-Ideal, sozialem Über-Ich, Ich und Es-Strebungen und leiten daraus angeblich unausweichliche Risiken im Migrationsprozeß ab. Kohte-Meyer (1993) geht sogar so weit, den Migrationsprozeß als ein Trauma anzusehen, das häufig in Anlehnung an Eriksons Adoleszenztheorie von„Identitätsdiffusion“, „Ich-Erschütterung“, „Ich-Beben“ gefolgt sei. „Im Spannungsfeld zwischen den verschiedenen Kulturen“ kämen, „Ich und Ich-Identität auf den Prüfstand. Die Folgen mögen flüchtige Veränderungen oder dauerhafte Schädigungen sein.“ (S.132)

In Anlehnung an neuere Erkenntnisse zu posttraumatischen Streßreaktionen schildert Adam (1994) als Risiko Überforderung in Form von Parentifizierung durch Übernahme elterlicher Schutz- und Vermittlungsfunktionen durch die Kinder; daneben bestehe psychische Gefahr durch reale Traumatisierungen, die bei den Kindern und Familien vorliegen, deren Migrationsgrund Flucht vor Kriegsereignissen war.

Eine differenzierte Betrachtung bot Frießem bereits 1975, der jenseits des kulturellen Spannungsfeldes zwischen „ethnischer Selbstentfremdung“ und „erzwungener Anpassung“ die Erfahrungen ethnischer Diskriminierung als den Faktor beschreibt, der mit den „Phasenspezifika der Adoleszenz“ koinzidiere und bei entsprechender Disposition „nicht selten“ zu Störungen führe (S.9).

In die gleiche Richtung zielt Auernheimer (1988) aus pädagogisch-soziologischer Sicht, wonach nicht der Kulturkonflikt problematisch sei, sondern eher das Problem der „kulturellen Enteignung“ bzw. „Dekulturation“. Explizit verweist er darauf, daß Entfremdungserfahrungen nur in Verbindung mit Diskriminierungserfahrungen seitens der Aufnahmegesellschaft und der dadurch bedingten Marginalität sowie in Verbindung mit struktureller Benachteiligung und kultureller Verarmung die Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigten.

Ähnlich argumentiert James (1995) in einer weltweite Studien einbeziehenden Metaanalyse zur zwischenmenschlichen Gewalt. Anomietheorie und Subkulturtheorie sieht James insbesondere für nicht integrierte Jugendlichengruppen bestätigt. Diese Theorien wurden für die Gruppe der vom sozialen Aufstieg und sozialen Erfolg abgeschnittenen Unterschicht-Jugendlichen entwickelt, für welche dann die „Normalität“ dissozialer Aktivitäten an die Stelle sozialer Integration tritt. Als wirksamer Entstehungsfaktor gelten Ungleichheits-Erfahrungen in erklärtermaßen egalitären Gesellschaftsformen, in denen Ungleichheit aufgrund ethnischer Zugehörigkeit konstruiert wird. Nach empirischen Ergebnissen sei bei Jugendlichen „an attitude of alienation and hopelessness ... the strongest predictor of violence“. James betont darüberhinaus, daß die kulturellen Faktoren den strukturellen (niedriges Einkommen und geringes Bildungsniveau) deutlich nachgeordnet seien (S. 72).

Diese These der Pathogenität von ethnischer Diskriminierung findet sich auch in der jüngeren jugendpsychiatrischen Literatur: Diskriminierung trage zumindest in Form eines Cofaktors zur Manifestation psychischer Erkrankungen bei (Garmezy und Masten 1994).

Auch im Fachgebiet der Allgemeinen Psychiatrie stellten frühere Berichte über psychiatrische Inanspruchnahmepopulationen an überwiegend schizophrenen Patienten (Benkert et al. 1974) Überlegungen zu Entstehungszusammenhängen an, wobei bei den Patienten aus der Türkei die mangelnde soziale Integration besonders auffiel. In diesem Rahmen wurde Migration als auslösender Faktor für die Manifestation einer präexistierenden Vulnerabilität angesehen (Benkert et al. 1974, Häfner et al. 1977, Zarifoglu und Zeiler 1995).

Epidemiologisch-empirische Erkenntnisse um allgemeine Risiken für psychiatrische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen gereichen dazu, Migrantenfamilien mit ihrer Konzentration in den unteren Sozialschichten als besonders risikoreich zu charakterisieren. Bis auf die Erwähnung, daß ein Minoritätenstatus oft eine Kumulation von sozialer Benachteiligung mit sich bringe (Garmezy und Masten 1994), unterscheiden die meisten an der Allgemeinbevölkerung durchgeführten epidemiologischen Studien nicht zwischen Migranten und der Majoritätsethnie, sondern gehen von der autochthonen Normalbevölkerung aus.

Der bekannteste der epidemiologischen “Risikoindices“ ist der von Rutter und Quinton (1977) entwickelte FAI (Family adversity index) für das Alter von 7-16 Jahren. Folgende Risikofaktoren werden additiv in einem Indexwert zusammengefaßt:

- Vater resp.Haushaltsvorstand ungelernter Arbeiter
- Depression (o.a. neurotische Störung) der Mutter
- Delinquenz des Vaters (resp. Haushaltsvorstandes)
- chronische Ehezwistigkeiten oder Einelternfamilie
- beengte Wohnverhältnisse (mehr als 4 Kinder oder mehr als 1 (1,5) Person/Raum)
- behördliche Fremdunterbringung des Kindes (länger als 1 Woche).

In der quantitativen Auswertung fanden Rutter und Quinton ab einem Index von 3 oder mehr kein psychisch gesundes Kind mehr. Die Mannheimer Längsschnittstudie (Blanz et al.1991) befand den Family Adversity Index im Längsschnitt zwischen 8-13 J als weitgehend stabil und bezifferte 17 % Risikokinder in der Normalpopulation.

Für Migrantenfamilien gilt, daß beengte Wohnverhältnisse bei der vergleichsweise recht hohen Kinderzahl ebenso üblich sind wie die ungelernte Tätigkeit des Familienvorstandes. Damit müßte nur ein weiteres Item hinzukommen, um die Gefahr einer psychischen Störung herbeizuführen, d.h. gefährdete Kinder in Migrantenfamilien müßten demnach entsprechend der bekannten sozidodemographischen Daten (vgl. Kap.2.1.) etwa zwei Drittel ihrer Ethnie betragen gegenüber 17 % der einheimischen.

Schepker (1995) wies jedoch anhand einer repräsentativen Befragung von Essener Jugendlichen nach, daß objektiv erhebbare Kriterien des FAI bei Jugendlichen türkischer Herkunft weder mit Kontrollüberzeugungen noch mit Befindlichkeitsfragen hoch korrelierten. Dewran (1989) eruierte zur Befindlichkeit in beengten oder qualitativ ärmlichen Wohnverhältnissen, daß diese von den bewohnenden Familien aus der (ländlichen) Türkei kaum als subjektiv belastend erlebt wurden, u.a. da die Wohnqualität im Vergleich zum Herkunftsland nicht schlechter erschien.

Die wenigen Studien, die in der Bundesrepublik Deutschland epidemiologische Erkenntnisse über die Prävalenz jugendpsychiatrischer Störungen in der türkischen Ethnie erbracht haben (Poustka 1984, Remschmidt und Walter 1990, Schlüter-Müller 1992) sind in ihren Schlußfolgerungen widersprüchlich. (Vgl. Kap. 2.5.) und benennen keine spezifischen Risiken neben dem Ausländerstatus als solchem. In der Arbeit von Schlüter-Müller (1992) findet sich ein Hinweis auf eine verstärkte Hinwen-

dung zur Religiosität bei Jugendlichen aus türkischen Migrantenfamilien, die psychische Probleme angaben.

Über protektive Faktoren, mit denen speziell Migrantenkinder sich in der neuen sozialen Umwelt gut behaupten können, ist ansonsten wenig bekannt. Richtungweisend ist die Arbeit von Moilanen und Myhrmann (1989) über finnische Kinder in Schweden, wo in den intrafamiliären Beziehungen, Peer-Beziehungen, in der Sprachadaptation und der Anwesenheit des Vaters protektive Faktoren identifiziert wurden.

Eine Konkretisierung protektiver Faktoren auf Migrationsschicksale findet sich auch bei Walter (1994), der anhand von kasuistischen Erfahrungen mit Familien im Exil die Konstanz von Bezugspersonen, eine gute Einbindung in eine Subkultur, eine gute Vorbereitung der Migration und die Fähigkeit und Möglichkeit, neue Chancen in der Aufnahmegesellschaft zu nutzen (z.B. zur Weiterentwicklung einer beruflichen, politischen oder persönlichen Identität) herausarbeitet.

2.3.3 Chancen von Migration

Chancen von Migration für Jugendliche jenseits von Psychopathologie finden sich eher als in der psychiatrischen Literatur in den Nachbarwissenschaften beschrieben. So beschreibt der Psychologe Portera (1995) hinsichtlich seiner detaillierten biographischen Studien an jugendlichen Migranten aus Italien, daß auf dem Hintergrund von verläßlichen Elternbeziehungen, verständnisvollen Lehrern, Freunden mit Brückenfunktion und psychosozialer Unterstützung die „Migration zu einer positiven und bereichernden Erfahrung“ werden könne.

Kürsat-Ahlers (1995) beschreibt ein differenziertes Phasenmodell der Migration, an dessen Ende - sozialer Erfolg und soziale Akzeptanz des Individuums vorausgesetzt - idealtypisch eine größere Synthese- und Kritikfähigkeit als bei Nicht-Migrierten entstehe.

Atabay (1995) expliziert anhand von qualitativen Interviews über den Begriff der „Patchworkidentität“ einen „Zugewinn kreativer Lebensmöglichkeiten“ Jugendlicher, die zu neuen kulturellen Mustern führe. Ebenso beschreibt der Pädagoge Auernheimer (1990) in seiner kritischen Auseinandersetzung mit dem Begriff der „kulturellen Identität“, wie Jugendliche kulturelle Inhalte und Praxisformen zur symbolischen Selbstvergewisserung und Selbstdarstellung benutzen und transformieren können, so daß kulturelle Neubildungen in der Jugendsubkultur entstehen können, wie die Musik des „Saz-Rock“ in Deutschland. Damit sei ein „realer historischer Individuationsprozeß“ mit tatsächlichen ethnischen Spezifika möglich, wobei die „Ethnizität“ dazu dienen könne, sich aus der Minderheiten-Benachteiligung zu emanzipieren. Einen möglichen Zuwachs an Kreativität unter Indienstnahme ethnischer Attribute bestätigt mit lebendigen Schilderungen die Pädagogin Karakasoglu-Aydin (1996).

Der bekannte „Elendsdiskurs“ der 80er Jahre (Hamburger 1997), der im Sinne einer deterministischen Risikoforschung und Pathologieorientierung als Diskriminierung verstanden werden kann, aber auch die Funktion hatte, auf die besonderen Bedürfnisse von Jugendlichen aus Migrantenfamilien aufmerksam zu machen, scheint nun abgelöst werden zu können durch eher ressourcenorientierte Arbeiten. So beschreibt beispielsweise Walter (1994) in einer Kasuistik, wie neue Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten des Aufnahmelandes für die Verbesserung der innerfamiliären Position eines Jugendlichen genutzt werden können.

Zu konkreten Hinweisen bezüglich des fachlichen Umgangs mit manifester psychiatrischer Symptomatik wird das nächste Kapitel eine Übersicht geben.

2.4 *Kulturbezogene Psychiatrie zwischen konservativer „transkultureller“ Psychiatrie und interkulturellem Vorgehen*

Die transkulturelle Psychiatrie im Rahmen der Allgemeinen Psychiatrie unseres Landes war lange geprägt von Berichten über Kontakte mit Patienten in deren Heimat und hatte zunächst zum Ziel zu erforschen, inwieweit psychiatrische Erkrankungen eine universelle Erscheinung seien („Vergleichende Psychiatrie“); so die um die Jahrhundertwende entstandenen Berichte von Kraepelin aus Java (zit. bei Pfeiffer 1994), Boss (1976) aus Indien, von Pfeiffer (1994) aus Indonesien oder von Wulff (1967) aus Vietnam sowie von Boroffka (1963) aus Afrika.

Ähnlich wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine systemisch-ganzheitliche Sichtweise sich durch die Familiengebundenheit der Patienten aufdrängte, wurde in der Allgemeinen Psychiatrie die Kulturbezogenheit mancher Störungen (z.B. „Amok“) durch deren kontextabhängiges Auftreten sichtbar, und auch manche in anderen Kulturen beobachteten Behandlungsformen, wie die von Wulff beschriebene Regression zulassende Wickeltherapie bei Schizophrenen in Vietnam (1967), hatten innovativen Einfluß auf die sozialpsychiatrische Praxis und beflügelten ein Krankheitsverständnis, das sich weniger an somatischen als an psychodynamischen Theorien und am Hintergrund der sozialen Lebensbezüge der Patienten orientierte.

Wenngleich durch den erfahrenen Kulturkontakt die Autoren selbst ein klares Bewußtsein für den hiesigen Ethnozentrismus entwickelten (z.B. Medard Boss: „Die Möglichkeit ist damit eröffnet, daß die altindische und die neueste westliche (philosophische) Denkweise gemeinsam den heute planetarisch herrschenden Subjektivismus des modernen Maschinen- und Atomzeitalters ein gut Stück weiter überwinden können.“ - S. 9, aus dem Vorwort „Nach 30 Jahren“), wurde diese Erfahrung in der Allgemeinen Psychiatrie wenig rezipiert und trug wenig zu einer neuen Theoriebildung bei. In einer Übersicht stellt Pfeiffer (1994) fest, daß sich „die Mehrzahl der Publikationen auch weiterin mit der Beschreibung persönlicher Erfahrungen“ befasse (S.15). Eine Notwendigkeit, die Praxis der hiesigen psychiatrischen Institutionen hinsichtlich kultureller Merkmale und der Eignung für Menschen aus anderen Kulturkreisen zu reflektieren, ergab sich damit für die Psychiatrie als Fachgebiet zunächst nicht. Zwar liegen vor allem aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie Fallbeschreibungen und z.T. kritische Einzeldarstellungen vor, wobei Frießem (1975) von Klitzing (1983) und Riedesser (1982) als Pioniere gelten; jedoch kranken deren Arbeiten, ebenso wie die Fallberichte von Ude-Pestel (1981), Dittmann und Kröning-Hammer (1986) oder die Übersichtsarbeiten von Kielhorn (1995) und Gerhard (1992) daran, daß Erfahrungen mit klinischen Inanspruchnahmepopulationen verallgemeinert wurden auf die Gesamtpopulation.

Ein wenig reflektiertes Problem ist das der ethnisierenden Zuschreibungen im Rahmen einer vordergründig migrantenfreundlichen, jedoch positiv diskriminierenden Haltung: z.B.wird von unausweichlichem Rollenverhalten türkischer Mädchen ausgegangen und Diagnostik und Therapie darauf ausgerichtet, „emanzipatorisch“ gegen die Herkunftskultur zu wirken (für viele: Dittmann u. Kröning-Hammer 1986, Gerhard 1992). Solche Haltungen Professioneller, ebenso wie Überanpassung und Überidentifikation (z.B. Röder 1995) haben ihrerseits eine Abwehr oder Wiedergutmachungs-Funktion für Mitglieder der Dominanzkultur und können zur Viktimisierung von Hilfesuchenden führen (Bianchi-Schäfer 1996, Schepker und Eberding 1996).

Die meisten vorliegenden Fallbeschreibungen gehen implizit von einer naiven, aber ethnozentristischen Haltung aus, die meint, sowohl das vorhandene diagnostische

Instrumentarium als auch Behandlungsformen ohne weiteres auf die gesamte Weltbevölkerung verallgemeinern zu können.

International ist hier mit dem DSM IV in der wissenschaftliche Fachöffentlichkeit eine Wende für die Diagnostik erfolgt.

2.4.1 DSM-IV-Standards

Das DSM IV („Diagnostisches und statistisches Manual psychiatrischer Störungen“, wissenschaftliches Klassifikationsschema der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft APA, Washington 1994; 1995 auf deutsch erschienen) nahm den Umgang mit Kulturdifferenzen in die diagnostischen Standardvorgaben auf. Dort wird im Vorwort ausdrücklich darauf hingewiesen (ins deutsche Vorwort nicht übernommen!):

> *„A clinician who is unfamiliar with the nuances of an individual's cultural frame of reference may incorrectly judge as psychopathology those normal variations in behavior, belief, or experience that are particular to the individual's culture. (...)*
>
> *The provision of a culture-specific section in the DSM-IV text, the inclusion of a glossary of culture-bound syndromes, and the provision of an outline for cultural formulation are designed to enhance the cross-cultural applicability of DSM-IV. It is hoped that these new features will increase the sensitivity to variations in how mental disorders may be expressed in different cultures and will reduce the possible effect of unintended bias stemming from the clinician's own cultural background.“*

Die Richtlinien zur Formulierung einer kulturbezogenen Diagnose, im Anhang F der US-Ausgabe, gliedern sich nach:

1. Kulturelle Identität: d.h. Kontakt und Kenntnis der Herkunfts- und Aufnahmekultur, Traditionen, Bräuche, Sprachkompetenz,
2. Kulturelle Erklärungen für die Probleme des Individuums:d.h. kulturtypische Erklärungen für psychiatrische Krankheiten im engeren Sinne, und der Krankheitsbewältigung, kulturtypische Formung von Wahninhalten; Erfahrungen mit volksmedizinischen Heilmethoden,
3. Psychosoziale Umgebung und Funktionsbereiche: kulturell relevante Interpretationen sozialer Belastungsfaktoren, verfügbare soziale Unterstützung, Funktionsniveau, Behinderung. Einbettung in subkulturelle Netzwerke und Grad der Verschränkung monokultureller Netzwerke der Herkunftskultur und der der Aufnahmekultur
4. Kulturelle Elemente in der Beziehung zwischen Untersucher und Individuum: Unterschiede in Kultur und sozialem Status sowie die Schwierigkeiten, die diese Unterschiede bei Diagnose und Behandlung verursachen können(z.B. Schwierigkeiten bei der Kommunikation in der Muttersprache der Person, bei der Erfragung von Symptomen oder im Verständnis ihrer kulturellen Bedeutung, beim Aufbau einer angemessenen Beziehung oder einer Vertrauensbasis.. bei der Entscheidung, ob eine Verhalten der Norm entspricht oder eher krankhaft ist.
5. Gesamte kulturelle Einschätzung für Diagnose und Versorgung (Stellungnahme dazu, in welcher Weise kulturelle Aspekte die umfassende Diagnose und Behandlung im einzelnen beeinflussen)

Diese Auflistung zeigt die übliche Orientierung auf eine Querschnittsdiagnose, die den Klassifikationsschemata insgesamt inhärent ist und die durch den Anspruch schulenübergreifender Gültigkeit zustandekommt.

Die Diskussion um die Normengeleitetheit von Diagnosen hat in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwar wegen der Nähe zur Pädagogik und der notwendigen Relativierung durch das jeweilige Entwicklungsalter eine längere Tradition (s. hierzu Ausführungen im Kapitel 1.3.; vgl. Remschmidt 1988). Jedoch wird auch im auf die „Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ bezogenen Teil der 1. Achse des DSM IV noch von als „universalistisch“ aufgefaßten entwicklungspsychologischen Prozessen wie den Erwerb motorischer und sozialer Basisfertigkeiten ausgegangen, deren „Naturwüchsigkeit“ in Frage gestellt gehört (Kiesel u. von Lüpke 1995).

Es liegen wenige kulturvergleichende Forschungen zu Entwicklungsparametern vor. Beispielhaft seien hier Untersuchungen zur Ausprägung moralischer Reife als verinnerlichte Regelsysteme genannt - eine in der jugendpsychiatrischen Diagnostik verhaltensauffälliger Jugendlicher häufig anzutreffende Fragestellung. Bei überaus unterschiedlichen Durchschnittswerten in verschiedenen Kulturen wiesen Probanden nach den gängigen Kohlberg-Kriterien in der ländlichen Türkei eine sehr niedrige durchschnittliche Stufe der Reifeentwicklung auf, Probanden in Israel wiederum eine höhere als in Deutschland (Eckensberger 1993).

2.4.2 Sicht der Migranten

Selten kamen in der deutschsprachigen Literatur bis zu Projektbeginn türkischmuttersprachliche Psychotherapeuten oder Psychiater zu Wort, von wenigen Ausnahmen (z.B. Özek bei Häfner, Moschel, Özek 1977) abgesehen. Die „paradigmatische Wende“ zur Sichtweise der Migranten erfaßte die Psychiatrie damit deutlich später als etwa die interkulturelle Pädagogik (Dietzel-Papakyriakou 1997). Beginnend mit Arbeiten von Güç (1984) und Ete (1984) gingen aus einer sich schon länger entwickelnden Praxis nunmehr auch Veröffentlichungen hervor. Während des Projektzeitraums waren hier allerdings erfreuliche Entwicklungen zu verzeichnen: es ergaben sich durch Schaffung von Organisationsstrukturen, nämlich die Gründung der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (1995) und des Arbeitskreises türkischsprachiger PsychotherapeutInnen im deutschsprachigen Raum (Toker 1997) und durch die von diesen Organisationen veranstalteten Tagungen vermehrt Möglichkeiten, den wissenschaftlichen Diskurs über die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit mit Migranten stringenter und in direktem Austausch mit Wissenschaftlern aus dem Herkunftsland zu führen (eine Übersicht bieten die Tagungsbände: Koch, Özek, Pfeiffer 1995 und Koch, Özek, Pfeiffer, Schepker 1998).

2.5 Die psychosoziale Versorgungssituation von Migrantenfamilien

Aus epidemiologisch-versorgungspolitischer Sicht mangelte es seit den 70er Jahren nicht an Kritik an der unzureichenden Ausstattung des deutschen Gesundheitswesens für die psychiatrische Behandlung von Migranten (Lazaridis 1987). In den 80er und 90er Jahren entstanden unsystematisch Initiativen mit spezifischen Behandlungsangeboten, wie das Modellprojekt von Gallisch (1990), Leyer (1989) oder von Steffen und Koch (1995).

Zur Versorgung von Kindern aus Migrantenfamilien sind verfügbare Studien national und international rar.

2.5.1 Epidemiologie

Im Rahmen kinder- und jugenpsychiatrischer epidemiologischer Studien wurden in Deutschland nur in zwei Fällen türkeistämmige Kinder gesondert erfaßt: es handelt sich einmal um die vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit geförderte Untersuchung von Poustka (1984) mit der Nachuntersuchung von Schlüter-Müller (1992) und zum andern um die von der VW-Stiftung geförderte Studie von Steinhausen und Mitarbeitern (1982, 1985, 1989, 1990).

Nach den per Interview erhobenen Ergebnissen von Poustka (1984) litten 18% der untersuchten türkeistämmigen, 22% der italienischen und 26% der deutschen 13-14jährigen Kinder an psychischen Störungen, wobei sich diese Nationalitätenstichproben statistisch nicht signifikant voneinander unterschieden. Sozioökonomische Bedingungen, individuelle Merkmale (z. B. die schwierige schulische Situation der Kinder) sowie migrationsspezifische Merkmale zeigten keinen Zusammenhang mit den psychischen Störungen der untersuchten Migrantenkinder, wohl aber die familiäre Situation. Poustka vermutet, daß ungünstige sozioökonomische und soziokulturelle Umstände durch eine besondere familiäre Qualität kompensiert werden. Er schlußfolgert, daß eine Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten und ein „aktiver Zugang zur Familie“ für eine adäquate psychiatrische Versorgung der türkeistämmigen Kinder ausreiche, derzeit aber nicht gelöst sei (Poustka 1984, S.119).

In einer Studie an 70 türkeistämmigen Gastarbeiterkindern (1979-81), die die gleiche Berliner Grundschule besuchten, wurden diese alters- und geschlechtsparallelisiert mit einem repräsentativen Kollektiv griechischer Gastarbeiterkinder und (nichtrepräsentativen) Vergleichsgruppen französischer Soldatenkinder und deutscher (überwiegend Unterschichts-) Kinder verglichen. Die türkeistämmigen Kinder zeigten signifikant häufiger psychiatrische Auffälligkeiten als die griechischen und wiesen insgesamt eine Rate von 34,3 % psychiatrischer Störungen nach den Ergebnissen der muttersprachlichen Elterninterviews (überwiegend emotionale Störungen und Enuresis) auf. Steinhausens Arbeitsgruppe fand signifikante Zusammenhänge zwischen der Schwere der psychiatrischen Störung der Kinder und gestörtem Verhalten der Eltern. In allen familienbezogenen Skalen dieser Untersuchung (gestörtes Elternverhalten, Ehebeziehung, Gesundheit von Vater und Mutter, andere familiäre Probleme) zeigten sich die türkischen Familien gestörter als die deutschen und weitaus gestörter als die griechischen Vergleichsfamilien. Familienfaktoren hatten statistisch einen deutlich stärkeren Einfluß auf die Störungen der Kinder als Migrationsdaten oder sozioökonomische Faktoren (Steinhausen et al. 1985, 1990).

Im Rahmen der repräsentativen Marburger Feldstudie (Remschmidt und Walter 1990) fiel eine besondere psychiatrische Symptombelastung der ausländischen Kinder und Jugendlichen (überwiegend türkischer Nationalität) auf. Der Ausländerstatus stellte einen "Risikofaktor" dar mit einer anhand der Child Behavior Checklist gemessenen Symptomprävalenz von 27,3 % (gegenüber 12,2 % bei der deutschen Gruppe).

2.5.2 Inanspruchnahme mit Diagnoseverteilung

Die Unterversorgung Jugendlicher aus ethnischen Minderheiten ist ein globales Problem (Kourany et al 1990, Mc Miller und Weisz 1996 für die USA).

Die Autoren von bundesdeutschen Regionalstudien in den 80er Jahren (alte Bundesländer: in Tübingen, Freiburg, Mannheim und Berlin) waren sich weitgehend einig darin, daß ausländische Kinder und Jugendliche im psychiatrisch-stationären sowie im ambulanten Bereich stark unterrepräsentiert seien (Holstein 1984, von Klitzing 1983, Poustka et al. 1985). Nur in Würzburg fanden Taneli et al. (1995) Kinder und Jugendliche überproportional häufiger im stationären Patientenkollektiv (2,1%) als in der gesamten Wohnbevölkerung (1,3%). Die Autoren erklären dies mit einem höheren Anteil an Kindern in der türkischen Wohnbevölkerung durch deren jüngere Altersstruktur. Huck (1996) beschreibt einen Ausländeranteil von etwa 6% Jugendlicher aus der Türkei im Rahmen eines stationären jugendpsychiatrischen Drogenbehandlungsprogramms seit 1990

Auch aus Veröffentlichungen und Erfahrungsberichten aus Erziehungsberatungsstellen der 80er Jahre geht hervor, daß Migrantenfamilien dort eher unterrepräsentiert sind.

Pfeiffer erfaßte (1983) durch Expertenbefragung in Erziehungsberatungsstellen im Raum Südbaden eine durchschnittliche Inanspruchnahme von 3,26 % aller Anmeldungen durch Migranten (gegenüber 7,4% in der Wohnbevölkerung); türkische Familien fanden sich besonders unterrepräsentiert. Auch Rohner berichtete 1986 aus der Kreuzberger Beratungsstelle von einer Diskrepanz zwischen 15% Inanspruchnahme durch ausländische Kinder bei einem Bevölkerungsanteil in der korrespondierenden Altersstufe von 50%. Die Erziehungsberatungsstelle der Stadt Köln registrierte 1982 2-3% Beratungsgesuche für ausländische Kinder in den Beratungsstellen des Stadtgebiets bei 31% Bevölkerungsanteil unter den Kindern und Jugendlichen. In Frankfurt lag der Anteil der ausländischen Kinder und Jugendlichen bei der Klientel von Kinder-, Jugend- und Elternberatungsstellen bei 25%, in der Wohnbevölkerung dieser Alterspopulation dagegen bei knapp 50% (Gaitanides 1994).

Ebenso stieg die Inanspruchnahme im Jugendpsychiatrischen Institut der Stadt Essen mit einem muttersprachlichen Therapieangebot deutlich an (vgl. Kap. 2.1.4., Stadt Essen 1997)

Ein häufig sowohl von Kinderpsychiatern als auch Pädiatern berichtetes Symptom bei ausländischen Kindern (insbesondere Jungen aus der Türkei) ist Enuresis (Holstein 1984, Poustka 1984, Poustka et al. 1985, Riedesser 1985, Steinhausen et al. 1982, 1985, 1990). In klinischen Inanspruchnahme-Studien wird des weiteren eine hohe Rate autoaggressiver Symptomatik (Dittmann und Kröning-Hammer 1986) sowie eine Häufung von Symptomatik mit vorwiegend körperlichen Ausdrucksformen (Riedesser 1985) bei ausländischen bzw. türkeistämmigen Mädchen beschrieben. Immer wieder erwähnt wird eine höhere Rate an Konversionssymptomatik unter Kindern von Migranten (z. B. Riedesser 1995); Steinhausens Arbeitsgruppe (Steinhausen et al. 1989) fand sogar weniger Risikofaktoren (beeinträchtigte elterliche Gesundheit, psychiatrische Störungen in der Familie) bei den Migrantenfamilien mit konversionsneurotischen Kindern (n=8) als in der deutschen Vergleichsgruppe (n=18), letztere unterschied sich signifikant von anderen Neurosegruppen durch den niedrigeren Sozialstatus. Dies läßt über die Vergleichbarkeit der diagnostizierten Störungen nachdenken. Eine differentialdiagnostische Reflexion über eventuelle kulturgebundene Syndrome fand in diesen Arbeiten nicht statt. Steinhausen und Mitarbeiter fanden unter der Inanspruchnahmepopulation der Berliner Poliklinik bei türkeistämmigen Patienten keine höhere Rate an Entwicklungsrückständen (Multiaxiales Klassifikationsschema, Achse 2) und keine höhere Delinquenz sowie keine von der Vergleichspopulation abweichende Intelligenzverteilung (1982). Taneli und Mitarbeiter (1995) dagegen stellten bezüglich der Intelligenzquotienten ihrer türkeistämmigen Patienten (n = 40) eine

„deutliche Linksverschiebung“ fest. Es wurde niemand als überdurchschnittlich, 47,5% dagegen als unterdurchschnittlich intelligent eingestuft. Als Erklärungsversuch wurden die nicht kulturfreien Tests sowie der hohe Anteil an schweren Störungen bei den türkeistämmigen Patienten (z. B. Schizophrenie) diskutiert. Darüber hinaus fanden die Autoren mehr hyperkinetische Störungen bei den deutschen (n = 1860), hingegen eine höhere Rate an Anpassungsstörungen bei den türkeistämmigen Kindern. Bezüglich der Altersstruktur und der Geschlechtsverteilung wurde kein Unterschied gefunden.

2.5.3 Inanspruchnahmebarrieren

Über Gründe für die Unterrepräsentanz türkeistämmiger Kinder und Jugendlicher in kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen gibt es keine empirischen Erkenntnisse. Insgesamt wird eine hohe Dunkelziffer unerkannter und unbehandelter psychischer Störungen vermutet, sowie eine schicht- und kulturabhängige Inanspruchnahmebarriere, verstärkt durch die Sprachbarriere, sowie auch dadurch, daß Eltern ihre Kinder bei auftretenden Problemen ins Herkunftsland zurückschickten (Riedesser 1988). Angesprochen wird ebenfalls die soziokulturelle Distanz zwischen Therapeuten und ausländischen Patienten sowie die Tatsache, daß psychotherapeutische und kinderpsychiatrische Einrichtungen sich nicht ausreichend auf die besonderen Belange der ausländischen Patienten eingestellt hätten (von Klitzing 1983, Riedesser 1985, Dittmann und Kröning-Hammer 1986).

Für die Kinder und Jugendlichen, die in den Kliniken betreut wurden, sei die Erfolgsprognose mäßig und die Abbruchquote hoch (z. B. Dittmann und Kröning-Hammer 1986, Riedesser 1992). Dafür verantwortlich gemacht werden:

- Sprachbarrieren, die mangelnde Kooperationsfähigkeit der Eltern bzw. die kaum mögliche Einflußnahme auf die Familien (Dittmann und Kröning-Hammer 1986),
- Angst vor psychiatrischer Etikettierung und vor sozialen Sanktionen (Riedesser 1992),
- die Unkenntnis über das Versorgungssystem und schichtbedingtes Ressentiment gegenüber selbstreflexiven Behandlungsstrategien (Gaitanides 1994)
- vorherrschende Überzeugungen, psychische Erkrankungen seien eher „Hoca-Krankheiten“ als „Ärzte-Krankheiten (Ruhkopf et al. 1993)
- Widerstände gegen aufdeckende Psychotherapie bei guter Ansprechbarkeit Jugendlicher auf Hypnose (Kielhorn 1996).

2.5.4 Institutionelle Perspektive

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendpsychiater in der Bundesrepublik Deutschland schreibt 1990 in der Neuauflage der "Denkschrift zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie" (Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1990, S.29):

> *(Empfehlungen:) 9. Verbesserung der Betreuung, Behandlung und Rehabilitation einzelner Gruppen von Kindern und Jugendlichen, die bislang vernachlässigt oder unterversorgt sind. Zu ihnen gehören:*

(1) Kinder ausländischer Arbeitnehmer, die zwar nicht vermehrt zu psychiatrischen Erkrankungen neigen, aber aus vielen Gründen fachkundige Hilfe seltener in Anspruch nahmen. Die hierfür verantwortlichen Hemmnisse müssen beseitigt werden.

Es wurde insgesamt eine Unzufriedenheit sowohl mit der Lösung von Sprachproblemen als auch mit dem therapeutischen Angebot, das wenig auf Kulturspezifika einzugehen in der Lage sei, geäußert (Holstein 1984, Poustka et al. 1985, Steinhausen 1982). Entsprechende Vorschläge zur Verbesserung der Situation waren u. a.:

Kinderkliniken und Kinderärzte sollten ausreichend für die psychischen und psychosomatischen Probleme der Migrantenkinder sensibilisiert werden, transkulturell erfahrene ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter seien einzustellen (Riedesser 1992).

Es sollte Informationsarbeit geleistet werden, um Ängste vor den deutschen Institutionen abzubauen. Die Einrichtung von Dolmetscherdiensten bzw. das Heranziehen von Experten und Therapeuten aus den Herkunftsländern, der Ausbau von Hilfsangeboten in den Wohngebieten, die Verbesserung der Möglichkeiten zur Familienzusammenführung, ein Respektieren der kulturellen Eigenschaften und Besonderheiten seitens der einheimischen Bevölkerung, schließlich politische, ökonomische und soziokulturelle Veränderungen in den Herkunftsländern wären nach von Klitzing (1983) geeignet, der Versorgungsmisere zu begegnen.

Nach Zimmermann (1995) hätten Ärzte und Pflegepersonal die spezifischen Krankheitskonzepte der Migrantenfamilien zu kennen, zu akzeptieren und in der Behandlung zu berücksichtigen.

Muttersprachliche und /oder ethnisch homogene Angebote sollten beibehalten und teilweise ausgebaut werden, die Angebotsstruktur sei zu vernetzen (Gaitanides 1995).

Bis zum Beginn unserer Studie (1991) hoben sich von den veröffentlichten Arbeiten aus dem klinischen und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgebiet keine durch besondere interkulturelle Erfahrung der Autoren hervor, auch über eine Zusammenarbeit mit Spezialisten aus den Herkunftsländern wurde nicht berichtet. Nicht-deutsche Mitarbeiter fungierten lediglich als Hilfskräfte (z. B. als Interviewer oder Dolmetscher), wobei Steinhausen (1990) betont, daß speziell trainierte bilinguale Interviewer in seiner Studie die Reliabilität erheblich verbesserten.

Während zunehmend muttersprachliche Fachkräfte in Versorgungsinstitutionen beschäftigt sind (Übersicht bei Toker 1997), sind wissenschaftliche Arbeiten unter Beteiligung muttersprachlicher Experten noch rar.

Erfahrungen aus Erziehungsberatungsstellen zeigen, daß sich der geringe Ausländeranteil steigt, sobald muttersprachliche Fachkräfte in der Institution mitarbeiten: in Berlin-Kreuzberg stieg nach Ansiedlung eines bilingualen Teams der Anteil nichtdeutscher Inanspruchnehmender auf 40% (Rohner o. J.), auch in Köln wurde von einem starken Anstieg der Anmeldungen mit resultierender Verlängerung der Wartezeiten von 8 auf 27 Monate berichtet (Erziehungsberatungsstelle der Stadt Köln 1981). Das Einschalten von Dolmetschern allein wurde kaum als geeignete Lösung betrachtet (Riedesser 1985), auch nicht das Einstellen einzelner ethnischer Fachkräfte. So verweisen Güç (1991) und Koray (1991) auf die Gefahren einer untherapeutischen Vereinnahmung von Fachkräften gleicher Ethnie durch die migrierten Familien.

Erkenntnisse zur inhaltlichen und therapeutischen Gestaltung des Beratungsangebotes finden sich bisher spärlich. In ihrer Differenziertheit wegweisend sind die Arbeiten

von Güç (1991) und von Akgün (1991). In diesen Arbeiten, aber auch bei Fisek (1995), und Baran und Kalaclar (1993) oder Yilmaz (1997) finden sich Ansätze, türkeistämmige Familien in ihrer Struktur zu beschreiben (vgl. Kap. 2.2.), und daraus (familien-) therapeutische Handlungsschritte abzuleiten; insofern werden auch praktische Ratschläge gegeben. Problematisiert wird z.B. die unterschiedliche Problem- und Zielbestimmung in der Therapie zwischen individualistischen und kollektivistischen Idealen (Baran u. Kalaclar 1993).

Deutsche Autoren (u.a. Kielhorn 1995, Röder 1995) berichten hingegen überwiegend von ihren Alltagserfahrungen (auch in der Begegnung mit dem Fremden). Der Versuch, aus Andekdotischem und Individuellem Systematisierungen zu entwickeln, denen eine zwar wohlmeinende, den Gegenstand jedoch diskriminierende Qualität anhaftet, stößt andernorts auf die Kritik, hiermit würden u.a. soziale Konflikte psychopathologisiert (Felber-Villagra 1996). Fundierter argumentiert als deutscher Autor Klosinski (1995), indem er vor vorschneller Pathologisierung warnt und zu einer selbstreflexiven Haltung rät.

Aus psychoanalytischer Sicht formuliert neuerlich Quindeau, eine interkulturelle therapeutische Beziehung benötige „keine andere ‘Behandlungstechnik’ als Beziehungen ohne diese Differenz“ (Quindeau 1996), sofern man sich an der herkömmliche psychoanalytische Hermeneutik (und damit auch der kulturkritischen Haltung) orientiere.

3 EIGENER ANSATZ UND FRAGESTELLUNG

3.1 Vorannahmen

Migration ist heute nicht mehr als Sonder- oder Randerscheinung, sondern als Normalfall anzusehen, und im Sinne der Globalisierung ist Migration auch keine vorübergehende, etwa konjunkturabhängige Erscheinung mehr. Die Herausforderung für das Gesundheitswesen ist der Herausforderung an das Bildungswesen grundsätzlich gleich. So formuliert die Beauftragte der Bunderegierung für die Belange der Ausländer (Schmaltz-Jacobsen 1995, S.5):

> *„ ... lernen Ärzte, Pflege- und Beratungspersonal in der Regel weder während ihrer Ausbildung, noch bei darauf folgenden Fort- und Weiterbildungen die Probleme dieser Patientengruppe in entsprechendem Maße zu berücksichtigen. Hinzu kommt, daß die ausländische Wohnbevölkerung mitunter mangelhaft über existierende Dienste und Angebote informiert ist. Ängste und Unsicherheit schaffen zusätzliche Zugangsbarrieren".*

Zur zukünftigen Entwicklung wird prognostiziert:

> *„1993 lebten Menschen aus 180 verschiedenen Ländern der Welt in der Bundesrepublik. Diese Heterogenität der ausländischen Bevölkerung macht es notwendig, Interkulturalität als Prinzip auch im Gesundheitswesen zu verankern, das Interesse bei dem betroffenen Fachpersonal zu wecken und entsprechende Angebote in Aus- und Fortbildung zu integrieren.*
>
> *(...) Die Zeit wird in diesem Fall nichts heilen: (...) Die seit der Zuwanderung in die Bundesrepublik bekannten Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung der Migrantinnen und Migranten werden sich vielmehr beständig erneuern. Die Verantwortlichen aller Teilbereiche des Gesundheitswesens sind demnach aufgerufen, den beschriebenen Erfordernissen durch die verschiedensten Maßnahmen zu begegnen."*

Mit dem Hinweis auf die „ständige Erneuerung" der bekannten Probleme durch die Ausländerbeauftragte wird eine wichtige Dimension aus dem FABER-Antrag angesprochen, nämlich die der Historizität. Parallel zu den Phasen der Bildungspolitik (FABER-Antrag S. 75 f) ließen sich Phasen der Gesundheitspolitik definieren, wobei der gegenwärtige Stand der Gesundheitspolitik und -forschung gut beschreibbar ist als „Fehlentwicklung des Verhältnisses von Anwendungs- und Grundlagenorientierung" (FABER-Antrag S. 78), so daß eine neue Grundlagenorientierung not tut. Beispielsweise lassen sich die Standards des DSM IV zur kulturbezogenen Diagnostik (vgl.Kap. „Forschungsstand") als Resultat anwendungsorientierter Forschung in den USA begreifen, deren Einsetzen ohne Neubestimmung grundlegender Zugangsweisen und theoretischer Vorannahmen die große Gefahr einer „Kulturalisierung" der Probleme von Ratsuchenden birgt. Zu Recht weisen Kiesel und von Lüpke (1995) darauf hin, daß eine Begründung individueller Probleme mit der ethnischen Herkunft darauf hinauslaufen kann, dem Ratsuchenden individuelle und selbstbestimmte Kompetenzen abzusprechen. Somit würden Diskriminierungen transportiert und antitherapeutisch wirksam. Orientierung auf Historizität würde in diesem Sinne einen Schritt jenseits der traditionellen Querschnittsdiagnostik machen und unterschwellige Einflüsse der Dominanzkultur relativieren, indem eine individuell-historische Perspek-

tive die Auswirkungen der jeweiligen Migrationsgeschichte auf den Beratungskontext prinzipiell miteinbezieht.

Mit der Grundhaltung einer prinzipiellen Verpflichtung zur Interkulturalität, wie von der Ausländerbeauftragten gefordert, verbindet sich gleichzeitig die Anforderung, Zugewanderten ihre je eigene kulturelle Identität zuzugestehen. Eine solche möchten wir nicht als statische Festlegung verstanden wissen, auch nicht als ausschließlich, denn jegliche Festlegung stünde in der Gefahr der Indienstnahme für die verschiedenen Funktionen einer „Fremdenrepräsentanz“ für die Gesellschaft (vgl. Rommelspacher 1995, Erdheim 1992). Kulturelle Identität läßt sich am besten als Prozeß begreifen, wie er als Auseinandersetzung zwischen Eigenem und Fremdem, Herkömmlichem und Kultur auch für die Adoleszenz gilt (s.Kap. 3.2.2).

Aus all dem folgt die Notwendigkeit, zunächst theoretisch fundierte Kategorien - unabhängig von vordergründigen kulturalistischen Attributionen - zu bestimmen, an denen sich unsere Forschung orientiert, d.h. eine theoretische Grundlegung unseres Vorgehens zu explizieren.

Begründete Maßnahmenempfehlungen für Verantwortliche des Gesundheitswesens, wie von der Ausländerbeauftragten erwartet, könnten dann aus dem so gewählten Vorgehen in einem viel späteren Schritt resultieren.

3.2 Theoretische Grundlegung

3.2.1 Familientheorie

Eine familientheoretische, insbesonders familiendynamische Grundlegung ist aus mehreren Gründen erforderlich: Eine hohe Familienzentriertheit ist im Sinne eines kulturell und sozioökonomisch determinierten Kollektivismus in der türkischen Herkunftskultur (vgl. Kap. „Forschungsstand“) Grundlage der individuellen psychischen Struktur und damit eine notwendige Grundlage psychiatrischen Vorgehens. Kinder- und jugendpsychiatrisches Arbeiten geht auch in den institutionell verankerten Arbeitsformen selbstverständlich vom Familiensystem als primärem Interventionsort aus. Familien sind desweiteren die weitaus überwiegende Lebensform von hier wohnenden Migranten.

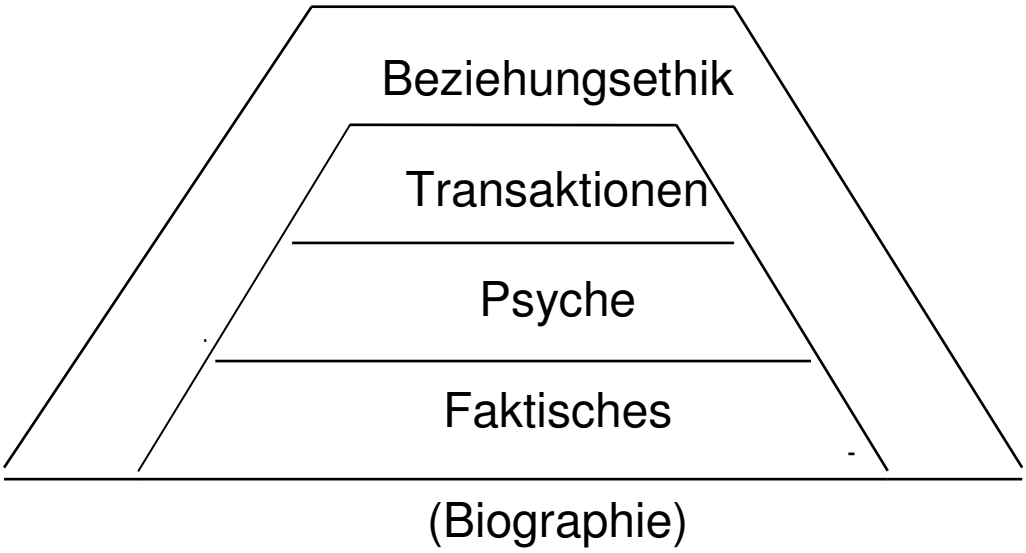
Zu Beginn der Projektarbeit wurden die verschiedenen, derzeit gängigsten Schulen diskutiert[21]. Die Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen für unsere qualitative Arbeit essentiell (vgl. Zwischenbericht an die DFG und Kapitel „Methodik“) Dabei erwies sich die kontextuelle Familientheorie nach Boszormenyi-Nagy (und Spark 1981, und Krasner 1986) als die für unser Projekt geeignetste insofern, als sie den integrativsten Theorieansatz vertritt. Sie unterscheidet sich vom strategisch-systemischen Ansatz etwa der italienischen Schule (Selvini-Palazzoli 1977, Andolfi 1982) oder der strukturellen Familientheorie (Minuchin et al. 1983) durch das Einbeziehen der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und der Dimension "Beziehungsethik" in die Familiendiagnostik und steht damit auch der Heidelberger Schule um Stierlin (1978) recht nahe. Die kontextuelle Familientheorie eignet sich am ehesten für eine multikulturelle Perspektive, weil die Untersucherhaltung auf diesem Theo-

[21] Wegen der besonderen Bedeutung dieser Grundlagen sei erwähnt, daß die Projektleiterin eine familientherapeutische Weiterbildung bei Herrn Prof. Boszormenyi-Nagy erfahren hat; Herr Dr. Toker hat in der Projektzeit eine familientherapeutischer Weiterbildung bei der Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie (u.a. bei Prof. Stierlin) in Heidelberg und Frau Dr. Eberding eine familientherapeutische Weiterbildung mit multikulturellem Schwerpunkt am Institut für Familientherapie Weinheim abgeschlossen.

riehintergrund eine am Individuum orientierte verstehensuchende ist. Es wird nicht eine fiktive Neutralität angestrebt, der Untersucher bleibt nicht außerhalb, er steht auch nicht im Sinne einer Stierlinschen "Allparteilichkeit" über der Familie. Mit einer nacheinander einzustellenden Parteinahme für jedes einzelne Familienmitglied versucht der Interviewer, sich in die Lage jedes einzelnen in der Familie teilnehmend hineinzudenken, sowohl die psychische Entwicklung und Befindlichkeit des Einzelnen als auch das Wirken der Familie als Ganzes zu erfassen. Das Erarbeiten und Supervidieren gerade dieser Interviewerhaltung erschien uns essentiell, um auch die Gefahren ethnozentristischer Haltungen auf unserer Seite und einer Überformung der Familien mit Vorannahmen möglichst gering zu halten.

Zur familiendiagnostischen Einschätzung wurden von Boszormenyi-Nagy und Krasner (1986) vier Dimensionen bestimmt, die mit Ausnahme der Dimension "Beziehungsethik", die alle anderen Ebenen in Wechselwirkung berühre , als getrennte Ebenen der Beurteilung zu betrachten seien (s. Schaubild 1). Aus der theoretischen Überlegung der Historizität heraus (s. u.) wurde von uns die Dimension "Biographie" hinzugefügt, um die Vorerfahrungen von der Dimension der vorgegebenen, objektivierbaren Fakten differenzieren zu können.

SCHAUBILD 1: Erweitertes familiendynamisches Modell nach Boszormenyi-Nagy



Die Besonderheit dieser Familientheorie gegenüber anderen liegt in der übergreifenden Dimension der "Beziehungsethik" begründet. Diese Dimension beschreibt die Handlungsebene unter der Kategorie der fairen Berücksichtigung der Interessen aller Familienmitglieder; sie beschreibt die Fähigkeit der Familie, ein Klima gegenseitiger Hilfe, Vertrauens etc. herzustellen. Vor allem vor dem Hintergrund der in Kapitel „Forschungsstand“ geschilderten besonderen „Bezogenheit“ der Individuation (Stierlin 1983) in Familien aus der Türkei, der traditionellen Kohäsion und bei der Notwendigkeit, die Migrationserfahrungen gemeinsam zu meistern, erscheint diese Dimension für Migrantenfamilien von herausragender Bedeutung.

Unter "Beziehungsethik" ist zu verstehen, wie die Familienmitglieder "Fairness" in den Beziehungen und Vertrauen in die Beziehungen herstellen und bisher hergestellt haben und inwiefern ein verantwortungsvoller Umgang miteinander besteht. Als Res-

sourcen zählen die Möglichkeit, (auf dem Hintergrund des jeweiligen, u. a. kulturellen Bezugssystems) berechtigte Ansprüche an die übrigen Familienmitglieder in konstruktiver Weise einzulösen, und die Fähigkeit, sich durch Sorge um die durch die familiäre Zugehörigkeit gebundenen Angehörigen eigene Verdienste zu erwerben. Konstituierend dazu ist die beziehungsmäßige Integrität, d. h. das verantwortungsvolle Wahrnehmen der jeweiligen Funktion in der Familie, etwa der Elternschaft, und das gerechte Verteilen von Belastungen und Nutznießen in der Familie (Boszormenyi-Nagy und Spark 1981, Boszormenyi-Nagy und Krasner 1986).

3.2.2 Adoleszenztheorie

Das Jugendalter als Fokus der Aufmerksamkeit in unserer Untersuchung zu wählen, war in unserem Ansatz mehrfach determiniert. So wurde die theoretische Auffassung vertreten, im Jugendalter würden sich die sog. Kulturkonflikte besonders gravierend im Sinne von Risikofaktoren äußern (vgl. Kap. „Forschungsstand“), daher beschäftigt sich die verfügbare Literatur zu Kindern in Migrantenfamilien überwiegend mit den Problemen Adoleszenter. Desweiteren sprach die Datengrundlage bei der notwendigen Berücksichtigung entwicklungstypischer Besonderheiten für die Beschränkung auf eine Altersgruppe, und die nichtdeutsche Inanspruchnahmepopulation in Beratungseinrichtungen vor Projektbeginn bestand überwiegend aus Jugendlichen.

Allgemein läßt sich die kulturübergreifende Aufgabe der Adoleszenz als historisch moderner Zwischenphase zwischen Kindheit und verantwortlichem, ökonomisch produktiven und familiär generativem Erwachsenenleben so formulieren, daß hier das selbstverantwortliche Handeln, die Fähigkeit zur Selbstbetrachtung und die Gewißheit der Eigenidentität im Sinne einer Selbstdefinition eingeübt und intrapsychisch ausgebildet werden. Unter dem Gesichtspunkt des Modernitätsparadigmas läßt sich feststellen, daß dörflich sozialisierte Eltern aus der Türkei eine „Adoleszenz“ im engeren Sinne zumeist nicht selbst erlebt haben, sondern daß ein rascher Übergang vom Kind zum Erwachsenen vollzogen wurde, eingebettet in die traditionellen Familienstrukturen.

Für die Sichtweise von Adoleszenz im Rahmen der untersuchten Migrantenfamilien haben wir den ethnopsychoanalytischen Ansatz im Sinne von Mario Erdheim (1984, 1992, 1993 a,b, 1995) als den geeignetsten unter verschiedenen, u.a. soziologischen Adoleszenztheorien befunden. Erdheim definiert Adoleszenz als lebenslange Entwicklungsaufgabe, was sich gut mit der Familienbezogenheit der zu untersuchenden Adoleszenten in Migrantenfamilien vereinbaren läßt . Während der Adoleszenz vollzieht das Individuum nach Erdheim den Übergang von der Familie zur Kultur. Adoleszenz bezeichnet Erdheim als „die Avantgarde des Individuums“, das bedeutet, daß der Mensch in dieser Entwicklungsstufe fähig wird, sich eine Geschichte zu schaffen, indem er Vergangenes symbolisiert. Der zentrale Konflikt der Adoleszenz wird hier gesehen als der antagonistische Konflikt zwischen Familie und Kultur (Erdheim 1993a). Dieser Konflikt sei „für die Strukturierung der Psyche von ebenso großer Relevanz ... wie der ödipale Konflikt in der Kindheit.“ (Erdheim 1993 b, S.179). Kultur sei hierbei „nicht mit dem Bekannten, Vertrauten, seit jeher Familiären gleichzusetzen, sondern bedeutet das, was in der Auseinandersetzung mit dem Fremden entsteht “. Kultur „ ist gewissermaßen das Produkt der Veränderung des Eigenen durch die Aufnahme des Fremden.“ (Erdheim 1993 b, S. 178). Damit ist die Adoleszenz eine überaus kreative Phase.

Für Jugendliche aus Migrantenfamilien bedeutet diese Sicht, daß sie, erst recht aufgrund des unübersehbaren Widerspruchs zwischen Herkunftsfamilie und Dominanz-

kultur, diesem Entwicklungsschritt gar nicht ausweichen können. Die Möglichkeit des Eintauchens in eine andere Kultur bedeutet darüberhinaus für alle Jugendlichen prinzipiell eine relativierende und die eigenen Potentiale vergrößernde Entwicklungschance. Die Jugendlichen erhalten „Anregungen zum Vergleich zwischen jeweils zwei Handlungs- und Interpretationsmodellen, ... die nicht zu einer möglicherweise unbewußten Unterordnung unter ein Modell, sondern zur reflexiven Wahl einer Alternative veranlassen“ (Hamburger 1997, S. 153).

Traditionelle Gesellschaften mit hoher Stabilität und verwandtschaftlicher Durchstrukturierung - was zum Teil für die Herkunftsbedingungen unserer Migrantenfamilien noch zutrifft - fördern nach Erdheim Zeiten eines „sakralisierten“ Chaos, um ihre Lebendigkeit und Kreativität zu erhalten; dieses werde in Gesellschaften mit raschem Kulturwandel, was für die Migrantensubkultur in großen Teilen zutrifft, „dezentriert“ und in die individuelle Adoleszenz verlagert. Stabilisierende Rituale wie Initiationen verlieren in einer derart indivudualisierten Adoleszenzentwicklung dann ihre Gültigkeit für die Einführung ins Erwachsenenleben, zumal Adoleszente im Zuge der Industrialisierung eine mögliche ökonomische Unabhängigkeit von den Eltern erreichen können. Der antagonistische Konflikt zwischen Familie und Kultur erhöht die Notwendigkeit zur Ambivalenztoleranz. Letztlich, schlußfolgert Erdheim, könnten moderne Individuen nur gegenüber eigenen Kindern in einer neugegründeten Familie ein Ende der Adoleszenz ohne Erstarrung erleben (Erdheim 1995).

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

3.3 Forschungsperspektive

3.3.1 Zur „kulturbezogenen Diagnostik“

Im Sinne der oben diskutierten Gefahren einer Kulturalisierung (vgl. Kapitel „Forschungsstand“ erfordert unser Ansatz theoretische und methodische Erweiterungen. Die Einlösung der individual-historischen Perspektive erfordert eine über die DSM IV-Kategorien hinausgehende Erarbeitung der biographischen Dimension in der Kommunikation mit Migrantenfamilien. Ein Schema zu Kategorien wie: Anlaß, Entscheidungsprozeß und Attributionen, einschließlich Mystifizierungen der Migration, Trauerprozessen, Gewinnern und Verlierern der Migration in der Familie, Hoffnungen, das zum Verständnis der subjektiven Bedeutung der Migration für die befragen Familien unerläßlich ist, findet sich z.B. mit Darlegung am Fall bei Walter (1994).

Die Problematik der theoretischen und praktischen Erfassung von „kultureller Identität“ ist bisher in der Literatur zu wenig reflektiert. Vor allem bei Jugendlichen und bei Angehörigen der Unterschicht können Inhalte wie „kulturelle Identität“ kaum durch direkte Befragung validiert werden. Im Rahmen wissenschaftlicher Projekte können Hausbesuche zur zuzüglichen Erfassung des Habitus im Wohn- und Alltagsbereich Validierungsdaten liefern. Horn (1995) weist auf die Schwierigkeiten einer solchen Einschätzung bei Asylbewerbern und kürzlich erst migrierten Menschen hin, die in

Übergängen leben, d.h. unbedingt sind Zukunfts- und Rückkehroptionen zu berücksichtigen.

Gerade bei Jugendlichen ist zu beachten, daß sie die Fähigkeit des Lebens in verschiedenen Möglichkeits- und (sub-kulturellen) Identitätsformen haben (vgl. Schepker 1998), die im DSM IV mit „Grad der Verschränkung“ bezeichnet ist. Möglich sind Diskrepanzen dahingehend, daß der Grad des sozial angepaßten Verhaltens in der Herkunftskultur gut ist, dies jedoch nicht für die Aufnahmegesellschaft gelten muß.

Sprachkompetenz im Deutschen oder Türkischen ist kein sicherer Anhaltspunkt für Identität, wenngleich hinweisend darauf, sondern kann auch Abwehrprozesse widerspiegeln (vgl. Leyer 1993, Koray 1993, 1995). Ganz erhebliche Dynamik erhält das Problem sprachlicher Verständigung bei der Notwendigkeit, Dolmetscher einzusetzen. In Familiengesprächen einzelne Familienmitglieder zu Übersetzern zu machen, ist ein von Leyer (1994) als „Notlösung“ bezeichneter technischer Fehler. Krasse Fehldiagnosen durch für den Diagnostiker unübersehbaren Komplikationen des Dolmetschereinsatzes beschreiben z.B. Zimmermann (1994) oder Toker (1998); Unzufriedenheit mit unzureichenden Kommunikationsmöglichkeiten ist verbreitet (für viele: Holzmann et al 1994). Die Möglichkeit freier Sprachwahl und damit des Code-Switchings ist sowohl für psychotherapeutische als erst recht für wissenschaftliche Zusammenhänge unabdingbar, d.h. das Forschungsteam ist entsprechend guter bilingualer Sprachkompetenzen auszuwählen.

Von einer prinzipiellen Begrenztheit individueller Ressourcen und einer möglichen Negativbilanz eines statisch gesehenen „Belastungs-Bewältigungsparadigmas“ ist nicht auszugehen, sondern eher von qualitativen Sprüngen in mögliche Psychopathologie, die in sich wiederum eine kreative Lösung darstellen oder auch von einem Sprung in eine genuin kreative, alternative (ggfs. auch jugendtypische) Lösung. Denn die „Entwicklungsanreize durch das Leben in zwei Kulturen“ (Hamburger 1997, s. auch 2.2.3.) sind nicht zu unterschätzen.

3.3.2 Perspektive der Migranten

Wenige, unter „Forschungsstand“ rezipierte Arbeiten von Autoren mit eigenem Migrationshintergrund (Gürsel 1993, Bianchi-Schaeffer 1996, Felber-Villagra 1996), äußern sich aus einer subjektiven Perspektive zur psychosozialen Versorgung, dies jedoch aus dem Blickwinkel therapeutisch und beraterisch Tätiger. Alle weiteren bisherigen Forschungen zeichnen sich dadurch aus, daß Migranten weniger Subjekte denn Objekte der Forschung waren.

Ethnographische Arbeiten (Geiersbach 1989,1990, Schiffauer 1983, 1991, Tertilt 1996 - aus dem Fachgebiet der Psychiatrie Petersen 1988, Koen 1986) haben zwar zum Ziel, im Rahmen der Beschreibung von Lebenszusammenhängen die Sichtweisen von Migranten darzustellen. Eine aktive Stellungnahme hinsichtlich der Inanspruchnahme und Bewertung psychosozialer Versorgung aus Sicht der Nutznießer von Institutionen der Aufnahmegesellschaft, wie vom FABER-Schwerpunktprogramm intendiert, findet sich jedoch in der vorhandenen Literatur zum Bereich der Erziehungsberatung nicht. Solches müßte jedoch bereits im Sinne qualitätssichernder Maßnahmen Bestandteil von Evaluation sein (vgl. Leimkühler 1995).

3.3.3 Institutionelle und Versorgungs-Perspektive

Die Erkenntnisse zur ethnischen Diskriminierung (vgl. Kap.“Forschungsstand“) sollten in unserem Forschungs- und Versorgungsansatz nicht ignoriert werden. Die Versor-

gung einer ethnischen Minderheit kann nur in der Einbindung in eine Regelinstitution ohne Gefahr von Diskriminierung erfolgen, wobei genügend Kompetenzen auf unterschiedlichem kulturellem Erfahrungshintergrund bestehen müssen, um die zusätzlichen determinierenden Faktoren der Sozialschicht etc. in ihrer Wirkung einordnen zu können. Eine Grundvoraussetzung für die durchzuführende Studie war daher nicht nur das Installieren eines muttersprachlichen Beratungsangebotes, d.h. das Einlösen von Forderungen nach dessen Notwendigkeit, sondern auch das Sorgetragen für die gleichrangige Qualität und Akzeptanz im Rahmen der Institution (vgl. dazu Gürsel 1993). Dazu gehört die Gewähr freier Sprachwahl im Beratungszusammenhang, d.h. ein oder mehrere Mitarbeiter der Institution sollten bilingual sein.[22]

Die Unterscheidung von Kulturkonflikten und (anderen) innerfamiliären Konflikten in den untersuchten Familien (vgl. Kap.2.3., 2.4.) erforderte, daß die Projektmitarbeiter sich in der Herkunftskultur ebenso sicher wie in der Aufnahmekultur bewegen können mußten, d.h. Erfahrung im Herkunftsland - möglichst Berufserfahrung - war eine wünschenswerte Voraussetzung. Diese Erfahrung war sinnvoll durch den Austausch mit Praktikern und Wissenschaftlern im Herkunftsland zu ergänzen. An den Mitarbeiter im Praxisteil des Projektes war damit die Anforderung gestellt, daß er/sie sich in Forschungs- ebenso wie in Praxiszusammenhängen bewegen können sollte.

Eine vorurteilsfreie Haltung hinsichtlich eines möglichen Nebeneinanders volksmedizinischer (vgl. Kap.2.3.) und institutioneller Vorgehensweisen und Bewältigungsversuchen von Familien ist notwendig, will man nicht in der beschreibenden Perspektive verbleiben und von untersuchten Familien authentische Angaben erhalten. Hierzu ist die Abkehr von westlichen Ausschließlichkeitsansprüchen und Entscheidungsdichotomien erforderlich (vgl. Kap.2.2.)

3.4 Forschungsdesiderate

Folgende Forschungsdesiderate lassen sich aus dem referierten Forschungsstand unter Zugrundlegung der beschriebenen Forschungsperspektive ableiten:

Autochthonen deutschen Therapeuten sind allgemeine Strategien zu liefern, wie das Hilfeersuchen durch Familien in der Migration im Einzelfall einzuschätzen ist und wie therapeutisch nutzbare Ressourcen der Familie aufzufinden sind. Eine Einschätzung protektiver Faktoren und ihr Verhältnis zu Risikofaktoren für Jugendliche ist handhabbar zu machen. Die Nützlichkeit von verbreiteten Konzepten wie Bindung versus Individuation, Adoleszenz und pubertäre Loslösung, Identitätsbildung, Einfluß auf die eigenen Lebensbedingungen bzw. Kontrolle darüber ist zu prüfen. Institutionen sind produktive Hinweise zur Versorgung von Migrantenfamilien an die Hand zu geben.

Dabei sind entsprechend Kapitel 1. u.a. folgende Voraussetzungen zu berücksichtigen:

- Die Vielfalt der Migrationsschicksale sowie die Zwänge und Strukturen des Aufnahmelandes sind einzubeziehen
- Das Faktum „Migration“ ist nicht als Risikofaktor, sondern auch in den innewohnenden Chancen und Entwicklungsanreizen in der je individuellen Familiengeschichte zu berücksichtigen

[22] Laut einer Diskussion in der führenden kinderpsychiatrischen Fachzeitschrift der USA gilt es als selbstverständlich, daß Hispanics die Möglichkeit haben, bereits die Anmeldung in der Muttersprache zu tätigen (Weisz u. McMiller 1997).

Nicht eine defizitorientierte Sichtweise, sondern ein Zugang zu Eltern und Jugendlichen als Subjekte in ihren Lebenszusammenhängen ist zu suchen.

Kulturalisierende und ethnisierende Zuschreibungen sollten vermieden werden, d.h. der Ansatz sollte offen sein für verschiedenste Möglichkeiten der gesellschaftlichen Definition von Individuen: einer nach Sozialschicht, Bildung, Berufstätigkeit, Herkunftsmilieu, Familienstand, Geschlecht usw. und nach einer eher kulturtypischen Charakterisierung wie: Migrationszeitpunkt, Aufenthaltsstatus, Herkunftsregion, Religion, Rückkehroptionen usw. Dies erfordert eine sehr breite Datensammlung einerseits und eine Offenheit für multiple Determinierungen andererseits.

Die Subjektivität der Betroffenen, d.h. ihre aktive Stellungnahme zu den Forschungsfragen ist breit einzubeziehen.

Pathologisierungen aus normativer, insbesondere ethnozentristischer Sicht sind kritisch zu hinterfragen. Das heißt: es ist z.B. zu berücksichtigen, wie Adoleszenz in der Migration „üblicherweise“ verlaufen kann, und daß normative Instrumente, wenn überhaupt anzuwenden, dann für den interkulturellen Einsatz erstellt worden sein.

Die Institutionen des Aufnahmelandes selbst mit ihren nicht auf Migranten ausgerichteten Routinen sind in die Untersuchung einzubeziehen, auch die subjektive Perspektive der dort Tätigen.

Eine kulturvergleichende Perspektive, d.h. Einbeziehung von Erkenntnissen aus der Türkei und transnationale Kooperation, sind wünschenswert.

3.5 Fragestellungen und Hypothesen

Die hier dargestellten Hypothesen entsprechen dem Diskussionsstand im Forschungsteam zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Berichtes. Da es sich beim gewählten Vorgehen um einen überwiegend qualitativen Zugang handelt (vgl. Kapitel 5 zur Methodik), umfaßt der circuläre Forschungsprozeß notwendigerweise auch die Veränderung und Weiterentwicklung der alten und die Generierung neuer Hypothesen. Im Zuge der mehrjährigen Studien hatten sich bereits zwischen dem Erst- und dem Folgeantrag Veränderungen der Hypothesen ergeben. Dies beruhte weniger auf der Entwicklung des Diskussionsprozesses im Forschungsteam selbst als auf der Rezeption neuerer Veröffentlichungen (wie sie dem in Kapitel 2 als „Forschungsstand“ wiedergegebenen derzeitigen Erkenntnisstand entspricht), auf den Diskussionen während der Schwerpunktkolloquien und auf den zwischenzeitlich vorliegenden Ergebnissen der eigenen Vorstudie. Zur Vereinfachung der Darstellung wird hier darauf verzichtet, die ursprünglichen Hypothesen, die Fassung des Folgeantrages und den aktuellen Stand historisch abzuleiten und zu diskutieren. Vielmehr wird jede Hypothese im jeweiligen Ergebniskapitel begründet, so daß an dieser Stelle nur eine Auflistung aller untersuchten Fragen bzw. Hypothesen erfolgt. Reihenfolge und Formulierungen richten sich dabei soweit wie möglich nach den ursprünglichen Fassungen.

***Fragestellung 1**: Wieviel Wissen besteht bei Feldfamilien aus der Türkei mit adoleszenten Kindern über institutionelle psychosoziale Versorgungsangebote?*

***Fragestellung 2**: Inwieweit wurden seitens der Ambulanzfamilien aus der Türkei andere psychosoziale Institutionen vor dem Aufsuchen unserer Klinik in Anspruch genommen?*

***Fragestellung 3**. Es wird erwartet, daß Jugendliche in den "wenig symptomatischen" Familien eine höhere Internalität im Sinne eines selbstattribuierten "locus of control" aufweisen.*

***Fragestellung 4.1.:** Es bestehen Unterschiede zwischen inanspruchnehmenden und nichtinanspruchnehmenden Familien mit mindestens einem symptomatischen Kind bezüglich des Ausmasses von Risiken und Ressourcen auf den Ebenen der Transaktionen und der Beziehungsethik in der Familie.*

***Fragestellung 4.2.:** Familien mit nicht-auffälligen Kindern zeichnen sich gegenüber inanspruchnehmenden und nicht-inanspruchnehmenden Familien mit symptomatischen Kindern durch höhere familiäre und individuelle Ressourcen aus.*

***Fragestellung 5:** Durch Schaffung eines spezifischen muttersprachlichen Versorgungsangebotes in der Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen sowie Vernetzung mit anderen Institutionen der psychosozialen Versorgung auf kommunaler Ebene kann erreicht werden, daß Migrantenfamilien aus der Türkei therapeutische Angebote entsprechend ihres Bevölkerungsanteils wahrnehmen.*

***Fragestellung 6**: Es ist qualitativ beschreibbar, welche unterschiedlichen Familientypen bezogen auf Orientierungen und Lebenswelt adoleszenter Kinder in Familien aus der Türkei vorfindlich sind.*

***Fragestellung 7:** Es ist qualitativ beschreibbar, welche vom Umgang mit deutschen Familien differenten institutionellen Angebotsstrukturen und Umgangsweisen bei Familien türkischer Herkunft zu empfehlen sind.*

***Fragestellung 8:** Anhand des Verhältnisses von Risiken und Ressourcen in einer Familie mit Symptomverhalten von einem oder mehreren Kindern ist eine Voraussage dazu möglich, ob in einem Folgezeitraum von 2 Jahren (kinder- und jugendpsychiatrische) Beratung in Anspruch genommen wird oder nicht.*

***Fragestellung 9:** Durch Veränderungen der Institution im Rahmen des Versorgungsteils, d.h. durch Kontakte zu Patientenfamilien aus der Türkei, Kooperation mit Projektmitarbeitern und durch Fortbildung ändert sich das Verhalten autochthon deutscher Therapeuten begrenzt, aber merklich. Es wird erwartet, daß schriftliche Äußerungen über Patientenfamilien stärker auf kulturelle Besonderheiten eingehen und daß in der expliziten, erfragbaren Haltung Zugänge zu Patienten weniger aus ethnozentristischer Sicht gesucht werden.*

4 KOMMUNALE UND INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN

4.1 Die kommunale Ausgangslage zu Projektbeginn

Migranten aus der Türkei bilden die stärkste Gruppe der nicht-deutschen Bevölkerung in Essen und im Ruhrgebiet.[23] Die psychosoziale Versorgungssituation dieser Menschen unterscheidet sich jedoch in den einzelnen Städten und Gemeinden. Die Stadt Essen verfügt hierbei über ein relativ gutes Netz an psychosozialen Versorgungsangeboten für Familien aus der Türkei, was auch dadurch bestimmt ist, daß hier das Institut für Migrationsforschung, Ausländerpädagogik und Zweitsprachendidaktik (IMAZ) im Rahmen der universitären Ausbildung ihren Sitz hat. Viele aus der Türkei stammende Absolventen des Fachbereichs Sozialwesen der Gesamthochschule Essen versuchen zunächst in Essen eine Arbeitsstelle zu finden.

In Essen sind bei der Arbeiterwohlfahrt (AWO), der Kommune, der Regionalen Arbeitsstelle zur Förderung ausländischer Kinder und Jugendlicher (RAA) und Projekten mit Migrationsschwerpunkt Sozialberater, Sozialarbeiter, Pädagogen und Psychologen mit türkischer Muttersprache beschäftigt. Bei der AWO wurden die Stellen der Sozialberater allerdings in den letzten Jahren abgebaut. Wegen Überlastung der verbliebenen Fachkräfte ist deswegen auch eine Abwehr möglicher zusätzlicher Versorgungsaufgaben festzustellen. Auch gab es weder in Essen, noch in den angrenzenden Städten (Ausnahme: Dr. Kartal, Evangelisches Krankenhaus Gelsenkirchen) einen in einer Klinik oder freien Praxis tätigen Psychiater oder Psychotherapeuten aus der Türkei. Es arbeitete lediglich eine Diplom-Psychologin mit türkischer Muttersprache in einer Beratungsstelle des Jugendamtes Essen mit Kindern und Jugendlichen nach einem familientherapeutischen Ansatz. Ihr Anteil an Klienten aus der Türkei betrug folglich über 90%.

4.2 Die institutionelle Ausgangslage zu Projektbeginn

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Essen (Leiter: Prof. Dr. med. Chr. Eggers) wurde 1979 in der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen gegründet. Träger ist der Landschaftsverband Rheinland. Von Beginn an war die Klinik mit Regelversorgungsaufgaben für den Bereich der Stadt Essen betraut und hatte zu Projektbeginn die Notfall-Pflichtversorgung für das Stadtgebiet übernommen. Die inhaltlich tiefenpsychologisch-familientherapeutisch ausgerichtete Klinik bietet stationäre (30 Therapieplätze), teilstationäre (seit 1995 14 tagesklinische Plätze) und ambulante (seit 1986 Institutsambulanz) Therapie- und Beratungsmöglichkeiten an.

In einer retrospektiven Erhebung zur Inanspruchnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz durch Familien aus der Türkei zeigte sich deren Unterrepräsentanz (2,1% der ambulanten, 0,8% der stationären Patienten), sowie mit 71% eine deutlich erhöhte Abbruchquote nach dem ersten ambulanten Gespräch (Schepker, 1986). Zunächst als ein aus den sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten resul-

[23] Der Anteil von Kindern und Jugendlichen (6-18Jahre) aus der Türkei an der Alterspopulation in Essen betrug 1995 5,2%, im westlichen Ruhrgebiet (außerstädtischer Haupteinzugsbereich der Institutsambulanz) 11,1% und in NRW 6,8%.

tierendes Problem definiert, führte dies zu einem häufigeren Hinzuziehen türkischer Dolmetscher oder Medizinstudenten. Dies hatte aber nur unwesentlichen Einfluß auf die Abbruch- und Inanspruchnahmequote, so daß 1989 mit dem Institut für Migrationsforschung, Ausländerpädagogik und Zweitsprachendidaktik an der Gesamthochschule Essen ein Kooperationsvertrag vereinbart wurde.

Dieser Vertrag sah vor, Erkenntnisse der Ausländerpädagogik und eine erweiterte Sprachkompetenz für die Erstversorgung von Kindern und Jugendlichen aus der Türkei in der Ambulanz sowie in der stationären Behandlung nutzbar zu machen. Eine türkisch sprechende Ausländerpädagogin wurde hierzu mit 10 Wochenstunden, befristet zunächst auf zwei Jahre, eingestellt. Ihre Aufgabe bestand darin, einerseits bei Bedarf zwischen Patient und Therapeut sprach- und interkulturell-kompetent zu vermitteln, andererseits die Vorstufe einer geplanten Feldstudie in Form von Expertenbefragungen in der Institution durchzuführen und wissenschaftlich zu begleiten (s. hierzu Kapitel 5 und 7: Expertenbefragung). Es zeigten sich im Rahmen dieser Maßnahme recht bald Auswirkungen auf das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten aus der Türkei, deren Anteil an Ambulanzpatienten sich auf über 4% erhöhte. Auch zeigten die Mitarbeiter der Institution Interesse an weiteren Informationen zu dieser Bevölkerungsgruppe. So baten z.B. die Arzthelferinnen und Schreibkräfte um sprachliche Hilfen, um zumindest die Namen der Patienten richtig auszusprechen. Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes erbaten von sich aus Fortbildungsmöglichkeiten, in deren Rahmen insbesondere unbefriedigend verlaufende Therapiefälle vorgestellt wurden.

4.3 Veränderungen im Projektzeitraum

1992 wurde die o.g. Ausländerpädagogin mit einer 30-Stunden-Stelle für die wissenschaftliche Begleitforschung und mit 10 Honorarstunden für die Weiterführung der cotherapeutischen Maßnahmen eingestellt. Im Juni 1993 wechselte sie als Vollkraft in das hier vorgestellte Projekt über. Durch Hinzuziehung eines weiteren Projektmitarbeiters (½ Stelle), der als Diplom-Psychologe mit türkisch muttersprachlicher Kompetenz mit einer weiteren ½ Stelle in der Regelversorgung der Institutsambulanz tätig wurde, konnte gezielt für Familien aus der Türkei ein verbessertes Versorgungsangebot gemacht werden.

In der vierjährigen Projektphase ergaben sich gesellschaftliche, kommunale und institutionelle Veränderungen, die nur z.T. mit der Projektimplementation in Zusammenhang gebracht werden können, aber sicherlich Auswirkungen auf das Projekt hatten.

Kurz nach Projektbeginn kam es zum Brandanschlag gegen das Haus der Familie Genç in Solingen. Die Diskussion um Ausländerfeindlichkeit in Deutschland wurde nun auch verstärkt in der Klinik thematisiert. Initiiert von den psychotherapeutischen Mitarbeitern und mit Unterstützung der Klinikleitung wurden die Themen Gewalt und Ausländerfeindlichkeit zu einem Schwerpunkt der Mitarbeiterfortbildungen. Die Assistentenschaft verabschiedete ein Positionspapier, das in den Medien veröffentlicht werden sollte. Der Leiter der Klinik und die Leitende Oberärztin wurden vom Oberlandesgericht Düsseldorf im Prozeß gegen zwei der der vier vermeintlichen Täter als jugendpsychiatrische Sachverständige beauftragt. Türkische und deutsche Medien erbaten Stellungnahmen, was die Auseinandersetzung mit der Arbeits- und Lebenssituation von Migranten (v.a. aus der Türkei) in Deutschland auch für die Klinikleitung forcierte.

Auf kommunaler Ebene führte der Brandanschlag in Solingen dazu, daß sich zuvor distanziert gegenüberstehende politische Gruppierungen der Minderheit aus der Tür-

kei in Form einer „Türkischen Gemeinde Essen“ zusammenschlossen. Kooperationsmöglichkeiten zu dieser Vereinigung wurden unsererseits ebenso gesucht, wie auch zu bestehenden Organisationen und psychosozialen Institutionen und Arbeitskreisen. Es wurden gemeinsame Veranstaltungen mit der Gesamthochschule Essen, dem Zentrum für Türkeistudien und der Türkischen Gemeinde durchgeführt. Die Projektmitarbeiter nahmen am „Arbeitskreis ausländische Familien“, organisiert von der Geschäftsstelle für kommunale Ausländerangelegenheiten bei der Stadt Essen teil, waren beteiligt an der Gründung eines kommunalen „Psychosozialen Arbeitskreises Migration“ im Rahmen des WHO-Projekts Gesunde Städte, und sie machten über Rundfunk- und Zeitungsinterviews auf das Projekt und das neue Versorgungsangebot der Klinik aufmerksam.

1993 ließ sich in der Nachbarstadt Gelsenkirchen ein türkischer Psychiater nieder, 1995 eröffnete dort eine Kinder- und Jugendpsychiaterin türkischer Herkunft eine Praxis. In Gelsenkirchen wurden auch eine Assistenzärztin und eine Diplom-Psychologin in der Psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses und eine Diplom-Psychologin beim Schulpsychologischen Dienst eingestellt, beide aus der Türkei stammend. In der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen wurde ebenfalls begonnen, ein muttersprachliches Therapieangebot für Patienten aus der Türkei zu implementieren, indem eine Ärztin für Psychiatrie und eine Diplom-Psychologin ins therapeutische Team aufgenommen wurden.

Diese relativ verbesserte Versorgungslage ist zwar weiterhin noch unzureichend, zeugt aber von einer erhöhten Sensibilität der psychosozialen Institutionen in unserem Einzugsgebiet. Doch trotz dieser erhöhten Angebotsstruktur stieg die Nachfrage nach muttersprachlichen Therapie- und Beratungsangeboten unserer Klinik mit Beginn der Tätigkeit des muttersprachlichen Diplom-Psychologen in der Institutsambulanz stetig, auf zuletzt 12% des Anteils von Patienten aus der Türkei an den Erstvorstellungen. Der Anteil an den stationär behandelten Patienten erhöhte sich gleichzeitig um das Fünffache auf 4%.

Um einer innerinstitutionellen Segregation entgegenzuwirken, wurde von Beginn an darauf geachtet, daß dort, wo es ethisch vertretbar und praktikabel schien, auch die nicht-türkischen Therapeuten Patienten aus der Türkei betreuten. So entstand ein Bedarf nach Fortbildungen für die ärztlichen/psychologischen und nichtärztlichen Mitarbeiter der Klinik, was den Projektmitarbeitern übertragen wurde. Hierzu wurden auch Gastvorträge und Live-Supervisionen von Wissenschaftlern aus der Türkei (Prof. Özek, Prof. Fisek, Istanbul; Prof. Taneli, Bursa) genutzt.

Im Anschluß an den 1. Deutsch-Türkischen Psychiatriekongreß in Antalya 1994 gründete sich im selben Jahr die „Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit e.V.“. Zwei Projektmitarbeiter gehören als Gründungsmitglieder diesem Verein an, die Projektleiterin ist seit dem 2. Deutsch-Türkischen Psychiatriekongreß in Istanbul 1996 Vorstandsmitglied. 1995 gründete sich auch ein „Arbeitskreis türkischsprachiger PsychotherapeutInnen“, dessen überregionaler Koordinator ebenfalls ein Mitarbeiter des Projekts ist.

Über diese im Projektkonzept primär vorgesehene regionale und überregionale Mitarbeit der Projektmitarbeiter in versorgungspolitischen Aktivitäten wurde es möglich, beständig die Implikationen der Zwischenergebnisse für die Praxis mit anderen Fachleuten zu reflektieren. Auch erhöhte dies den innerinstitutionellen Status der Projektmitarbeiter und erleichterte die Akzeptanz des Schwerpunktangebots der Institutsambulanz für Migrantenfamilien. Es schlug sich schließlich auch hinsichtlich der engeren Kooperation mit den anderen Professionellen aus dem psychosozialen Feld nieder.

5 METHODIK

5.1 Methodischer Ansatz

Die Fragestellung der Studie, wie eben abgeleitet, war eine explorative und in der Vielfältigkeit der möglichen Einflußfaktoren und Ergebnisse nur durch einen qualitativen Zugang zu beantworten. Die Familieninterviews der Feldfamilien qua Hausbesuch stellen einen qualitativen Zugang dar.

Hierbei befolgten wir die Kriterien von Bogdan und Biklen (1982 - zit. nach Schemel 1995, S. 11):

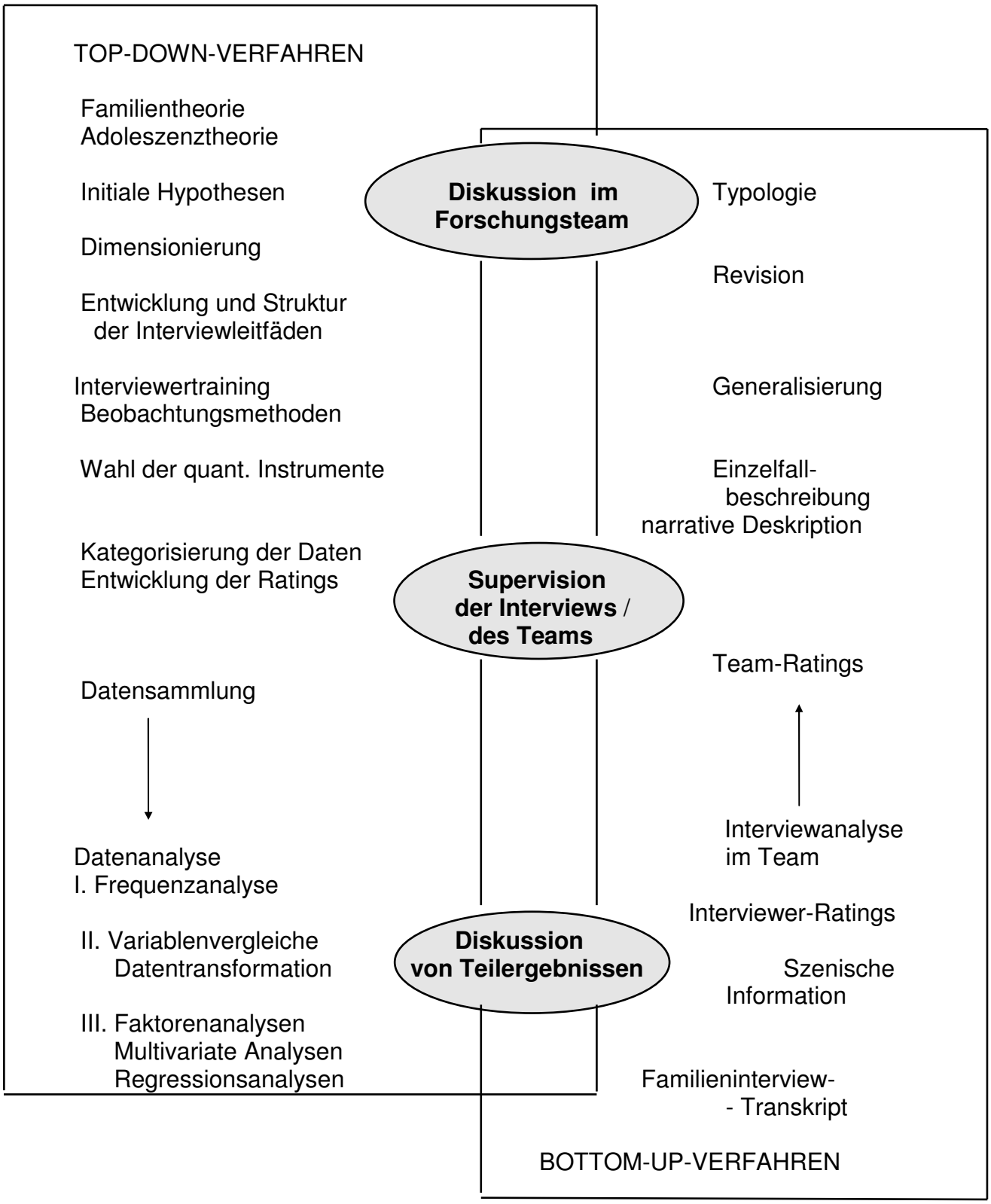
- Über die Hausbesuche erhoben wir die Daten in einem natürlichen Setting, benutzten direkte Datenquellen mit dem Untersucher als zentralem Instrument.
- Zunächst wurde deskriptiv vorgegangen: die szenische Information wurde verschriftlicht; eine quantifizierte Einschätzung der Interviewsituation und der Familieninteraktion erfolgte davon unabhängig.
- Es handelte sich um prozeßorientierte, weniger ergebnisorientierte Forschung (d.h. was für Möglichkeiten haben die Familien zur Bewältigung von Verhaltensauffälligkeiten; welche innerfamiliären Prozesse stehen im Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeiten).
- Das Schwergewicht lag auf der induktiven Datenanalyse (Interview-Auswertung im Team mit Entwicklung zusätzlicher Fragestellung und Typologie).
- Als essentiell galt die Bedeutung, die die Betroffenen selbst den Ereignissen des täglichen Lebens (hier bezogen auf Erziehung) beimaßen.

Das qualitative Material umfaßte somit mehrere Datenquellen:

- Die ca. 3stündigen, semistrukturierten Familieninterviews im Rahmen von Hausbesuchen als Tonband-Interviews mit freier Sprachwahl durch 2 bilinguale Interviewer (einen Projektmitarbeiter und einen der Familie bereits bekannten Mediator, z.B. Sozialberater), transkribiert und in Auszügen übersetzt
- Die szenische Information, frei formuliert, als Protokoll des Projektmitarbeiters über die 2 Hausbesuche; Informationen über die Wohnsituation, den Habitus der Familie, die Kontaktaufnahme, Eindrücke aus der teilnehmenden Beobachtung der Familieninteraktionen während des 1. Hausbesuches und die Beschreibung der Interviewatmosphäre und Interaktionen während des Interviews anläßlich des 2. Hausbesuches enthaltend
- Das Genogramm über die Struktur und Zusammensetzung der interviewten Familie.

Bei der Komplexität des Datenmaterials war es notwendig, zur Datenreduktion und zur Nachvollziehbarkeit im Umgang mit dem Material frühzeitig Operationalisierungen und Quantifizierungen einzuführen. Dies resultierte in einer Verschränkung verschiedener methodischer Vorgehensweisen: In unserem Vorgehen stand die Bottom-up-Strategie der reinen qualitativ-inhaltsanalytischen Methode mit der Top-Down-Strategie der klassisch-empirischen Forschung (Datensammlung - Quantifizierung - Statistische Analyse - Interpretation) in Wechselbeziehung, ein Austausch zwischen den beiden Vorgehensweisen fand auf verschiedenen Ebenen des Forschungsprozesses statt, wie an folgendem Schema verdeutlicht wird:

SCHAUBILD 2: (modifiziert nach Leuzinger-Bohleber; vgl. Leuzinger -Bohleber 1994)



Hierbei ist von Bedeutung, daß in diesem zirkulären Auswertungsprozeß nicht ein einzelner Forscher, sondern das interdisziplinär und bikulturell zusammengesetzte Forschungsteam zum zentralen Instrument der Forschung wurde. Ratingsitzungen dauerten jeweils ca. 1 ½ Stunden je Familie und resultierten in einer narrativen, zusammenfassenden Beschreibung mit prognostischer Einschätzung hinsichtlich ihrer Lösungsstrategien und -fähigkeiten.

Da es sich um eine offen angelegte Befragung handelt, war bei der Auswertung zur Vermeidung von Beliebigkeit zu Beginn eine theoretische Grundlegung unabdingbar. Die Ausgangsbestimmungen des FABER-Antrages (s. Kapitel 1 „Einleitung“) mußten dazu für die Fragestellung des Projektes theoretisch spezifiziert werden. Nach einem Reviewprozeß verschiedener familiendynamischer Theorien zu Projektbeginn verständigten wir uns auf die kontextuelle Theorie nach Boszormenyi-Nagy (siehe Kapitel 3: „Eigener Ansatz“).

Nach dieser entwickelten wir das zentrale Ratinginstrument, das Ressourcen- Risiken-Rating (ReRi, s.Kap. 5), mit 5 Kategorien/Dimensionen und operationalisierten Quantifizierungen, und erhoben zusätzlich die Clinical rating scale (CRS, s.Kap. 5)

Rein quantitative Instrumente, bei kritischer Würdigung zur ergänzenden Objektivierung der qualitativ erhobenen Daten eingeführt, fanden darüberhinaus in Form der Kontrollüberzeugungsskalen und der CBCL-Skalen hinsichtlich der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder Eingang (siehe Kapitel 5.3.9., 5.3.10.). Es wurden bewußt zunächst in der Phase des Kennenlernens der Familie die quantitativen Instrumente angewandt; während das Interview beim 2. Hausbesuch stattfand.

5.1.1 Quantifizierende Analyse

Die Datenquellen wurden sekundär in mehreren aufwendigen Schritten quantifiziert, wozu neben dem Ressourcen-Risiken-Rating weitere Ratinginstrumente entwickelt und im Forschungsprozeß z.T. modifiziert bzw. auf ein sinnvolles Maß reduziert wurden (s.u.). Die Ratings wurden EDV-gemäß aufbereitet.

Die anschließende statistische Analyse mithilfe des SPSS-Programmpaketes umfaßte je nach Fragestellung unterschiedliche und unterschiedlich aufwendige Verfahren:

Frequenzanalyse inclusive Gruppenvergleichen (t-Test, Chi-quadrattest etc.)

Korrelationsstatistik

Faktorenanalyse hinsichtlich der Nagy-Dimensionen

Varianzanalysen, Multivariate Analysen und Regressionsanalysen.

5.1.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Hier gingen wir nach der Methode von Mayring (1988) vor.

Verschiedene methodische Spielarten der Inhaltsanalyse kamen hinsichtlich de unterschiedlichen Fragestellungen zum Zuge:

a) Zusammenfassung und Paraphrasieren hinsichtlich der Auswertung der Krankheitskonzepte anhand der hypothetischen Problemstellungen, Vorstellungen zur Versorgung in enger Kontextanalyse dicht am Text

b) Explizierende und Strukturierende Inhaltsanalyse hinsichtlich der Aussagen zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Institutionen und Versorgung, ebenfalls in enger Kontextanalyse

c) Strukturierende Inhaltsanalyse mit weiter Kontextanalyse hinsichtlich der zentralen Kategorien zu Bewältigungsstrategien, Ressourcen, Risiken und Familiendynamik. Hier wurden neben dem manifesten, transkribierten/übersetzten Text auch latente Sinngehalte durch Interaktion/Intonation und szenische Informationen berücksichtigt; diese Abstraktionsschritte in der narrativen Beschreibung über jede Familie am Ende der Ratingsitzung niedergelegt.

Daran anschließend wurden im Sinne einer typisierenden Strukurierung Subgruppen gebildet und Typen in Einzelheiten beschrieben, wobei sowohl auf die erfolgten narrativen Beschreibungen als auch auf das Ausgangsmaterial zurückgegriffen wurde. Es resultierte die am Ende vorgestellte tentative Typologie.

Eine skalierend-strukturierende Inhaltsanalyse mit im Forschungsteam erarbeiteten Operationalisierungen lag der Arztbriefanalyse autochthoner Therapeuten aus der Institutsambulanz zugrunde (s.u.).

5.1.3 Zum Prozeß der Auswertung

Das Forschungsteam mit den gemeinsamen Ratingsitzungen nach getrenntem Abhören der Bänder bzw. Lesen der Transkripte/der Übersetzungen, aus denen sowohl die Ankerbeispiele und Typologien, die narrativen Zusammenfassungen als auch die quantifizierten Ratings hervorgehen, wurde zu einem zentralen Instrument der Forschung. In der bewußt vorgegebenen Zirkularität des Forschungsprozesses wurden die Operationalisierungen verfeinert, so daß die Erfahrungen aus der qualtitativen Analyse der Interviews sich auch im Quantifizierungsprozeß niederschlugen. Während der qualitativen Auswertung wurden Typologien generiert, von den anderen Forschern im Team unter Kenntnis der aufgestellten Kriterien anhand des Materials nachvollzogen und ggfs. wieder verworfen.

Statistische Ergebnisse wurden zurücküberwiesen an die qualitative Analyse und jeweils im Lichte der Hypothesen einer Teamdiskussion unterzogen. Diese Ergebnisse gaben Anlaß zu neuen Schritten hinsichtlich der qualitativen Typisierung. Letztlich resultierten im Rahmen dieses Prozesses neue Überlegungen hinsichtlich der Theoriebildung, die in die Diskussion Eingang fanden und zu verschiedenen Zeitpunkten des Forschungsprozesses Anlaß boten, sich mit einzelnen Fragen der Theorie neu auseinanderzusetzen. Während der Projektzeit durchgeführte Tagungen und neu erschienene Publikationen Dritter sorgten mit neuem „input“ für eine weitere Dynamik dieses Prozesses und unterhielten die Zirkularität der Forschungsabläufe darüberhinaus.

Die Anforderung an Validität erforderte, verschiedene Rückkoppelungsschleifen im Prozeß einzuführen. So wurde z.B. am Ende jedes Familienratings neben einer zusammenfassenden narrativen Beschreibung die Symptombelastung der Kinder auf einer 4-Punkt Skala geschätzt (jeweils bezogen auf das auffälligste Kind in der Familie). Ein Prüfkriterium hierfür war das davon vorher unabhängig getroffene Rating der Risiken und Ressourcen auf der individuellen Ebene der Psyche der Kinder[24]. Sofern

[24] Wir haben im Sinne eines Gleichgewichtes zwischen den 3 beteiligten Professionen Medizin, Psychologie und Pädagogik und auf dem Boden der Standortbestimmung des Schwerpunktprogrammes Sorge getragen, Pathologisierungen zu vermeiden. Daher wurde eine Übereinkunft dahingehend getroffen, daß deutliche Symptombelastungen nur dann zu codieren waren, wenn die Risiken auf der Ebene „Psyche“ eines Kindes seine Ressourcen überwogen und mindestens mit 3 (deutlich ausgeprägt) verschlüsselt waren.

sich neue Anhaltspunkte für Operationalisierungen durch das Auswerten weiterer Familien ergaben, war es gelegentlich notwendig, verschiedene bereits ausgewertete Familien nochmals einem Rating hinsichtlich der speziellen Kategorie zu unterziehen, d.h. im Sinne Mayrings wurden die Kategorien dynamisch in Wechselverhältnis zwischen der Theorie, der Fragestellung und dem konkreten Material überarbeitet und rücküberprüft. Das hier Niedergelegte entspricht den letzten Überarbeitungen (s.u.)

Für dieses Vorgehen war unabdingbar, daß die Zusammensetzung des Teams über den Untersuchungszeitraum konstant blieb. Darüberhinaus war hilfreich, daß das Team bikulturell und multiprofessionell zusammengesetzt war, daß unterschiedliche Geschlechtszugehörigkeiten bestanden und unterschiedliche Rollen innerhalb der Institution (die Projektleiterin mit Leitungsfunktion in der Klinik, der Psychologe auch mit klinischen Versorgungsaufgaben, die Pädagogin als reine Wissenschaftlerin mit gelegentlichen Beratungsfunktionen) und daß auch die erlernte wissenschaftliche Methodik (empirisch-statistisch, klinisch-induktiv, qualitativ) und die beherrschten therapeutischen Herangehensweisen (psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, pädagogisch, familientherapeutisch über 3 Schulen) jeweils unterschiedlich waren.

Diese sehr unterschiedlichen individuellen Verortungen bereicherten die Teamarbeit um vielerlei Dimensionen. Sie sorgten jedoch auch für Verständigungsprobleme und Spannungen. Dies führte einerseits dazu, sehr genau zu operationalisieren und in keiner Richtung beliebig zu kategorisieren. Andererseits wurden Beratungen mit Dritten außerhalb für die Klärung einiger besonderer Fragen unverzichtbar. Über die Intensivphase der Interviewerstellung und der Teamratings wurde deshalb eine externe Supervision bei einem Ethnoanalytiker türkischer Herkunft aufgesucht, um die entstandenen Spannungen im Team zu versachlichen und die jeweiligen Vorannahmen durch die unterschiedlichen (beruflichen, kulturellen, geschlechtstypischen etc.) Identitäten einsehbar und damit produktiv nutzbar zu machen. Somit ergab sich logisch, daß diese Supervision sowohl als Teamsupervision als auch als fallbezogene Supervision (hinsichtlich einzelner kontrovers eingeschätzter Familien) durchgeführt wurde. In der Auswertungsphase kooperierten wir daneben in Form von Korrespondenz und 3 binationalen Besuchen eng mit Frau Prof.Dr. Güler Fisek von der Psychologischen Fakultät der Bogazici-Universität in Istanbul.

5.2 Datengewinnung

5.2.1 Feldzugang und Familieninterviews

Zur Gewinnung der Feldstichprobe wurden als Co-Interviewer achtzehn Sozialberater/-arbeiter aus dem Raum Essen angesprochen. Diese sollten ihnen aus der beruflichen Tätigkeit bekannte Familien aus der Türkei mit zumindest einem adoleszenten Kind (Altersstufe 13-18 Jahre) zur Teilnahme an der Untersuchung gewinnen.

Anfangs fanden sich 6 von ihnen zur Mitarbeit bereit. Es wurde hier schon deutlich, daß zumindest unter den muttersprachlichen Mitarbeitern der psychosozialen Institutionen ein gewisses Maß an Mißtrauen gegenüber den Zielsetzungen und Vorgehensweisen von interkulturellen Studien bestand. Mehrfach wurde befürchtet, daß die Studie weniger der Ethnie, sondern mehr dem akademischen Fortkommen der Wissenschaftler diene. [25] So kann auch vermutet werden, daß die drei Co-Interviewer,

[25] Diese Befürchtungen sind sicherlich nicht unberechtigt, da auch nicht-deutsche Migrationsforscher in der Vergangenheit vielfach ethnozentristische Sichtweisen und Stereotypisierungen produzierten (Boos-Nünning, Redebeitrag auf dem Symposium "Sprache und Migration" in Essen am 12.3.1994)

die das Projekt nach drei bzw. vier Interviews vorzeitig verließen, dies erst dann taten, nachdem ersichtlich geworden war, daß das Forschungsvorhaben keine Gefährdung der eigenen Ethnie darstellte.

Mit den Co-Interviewern wurden zunächst zwei je 2-stündige Schulungstermine durchgeführt. Es wurden einerseits die Ziele und methodischen Aspekte der Studie vorgestellt, andererseits das Interviewerverhalten an Beispielen besprochen. Anhand eines Argumentationsleitfadens sollte zudem eine möglichst einheitliche Vorstellung bei der Gewinnung von Familien durch die Co-Interviewer erreicht werden. Aus diesem Leitfaden entstand schließlich ein Faltblatt in deutscher und türkischer Sprache, der auch im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Projekts Verwendung fand (s. Anlagen 1a und b, Zwischenbericht).

Auch wenn letztendlich 80 Familien für die Untersuchung gewonnen werden konnten[26], sind Selektionseffekte bei der Auswahl der Familien durch die Co-Interviewer nicht auszuschließen. Es erschien so, als ob anfangs mehr aufgeschlossene und erfolgreiche Familien mit einer geringen Problembelastung bzw. mit guten Problembewältigungsstrategien vorgestellt wurden, u. a. weil diese leichter für ein Interview zu gewinnen waren und evtl. auch, weil vielleicht dem Projektteam das „gute Funktionieren türkischer Familien“ demonstriert werden sollte. In späteren Phasen wurden dann zunehmend hochproblematische Familien vorgestellt, die unsere Mediatoren aus ihren Arbeitszusammenhängen kannten und bei denen sie sich für ihre eigene Arbeit fachliche Unterstützung erhofften.

Bei der Auswahl der Feldfamilien hatten die Co-Interviewer auch dafür Sorge zu tragen, daß zu den vereinbarten Terminen möglichst alle im Haushalt lebenden Personen, zumindest die Eltern und die adoleszenten Kinder, anwesend sein konnten.

Beim ersten Hausbesuch stellte sich der Projektmitarbeiter der Familie vor, beantwortete offen gebliebene Fragen bezüglich der Untersuchung und sicherte strikte Einhaltung von Anonymität und Vertraulichkeit zu. Danach wurden die Eltern und Kinder gebeten, die Fragebögen (CBCL und LOC-Skala) in getrennten Räumen zusammen mit einem der zwei Interviewer auszufüllen. Dieser erste Besuch dauerte durchschnittlich etwa 90 Minuten.

Zum zweiten Hausbesuch (in der Regel 1-2 Wochen später) wurden den Familien als „Gastgeschenk“ Blumen überreicht und nach einer Eröffnungsphase das semistrukturierte Interview durchgeführt. Vielfach fand das Interview in einer vertraulichen Atmosphäre statt. Im Sinne der traditionellen Gastfreundschaft wurden Tee und Gebäck gereicht, manchmal wurde sogar auf eine gemeinsame Mahlzeit insistiert. Bis auf diese Ausnahmen dauerte der zweite Besuch durchschnittlich 2-2 ½ Stunden.

Die Teilnahme der Co-Interviewer an den Besuchskontakten hatte auch den Nutzen, daß sie zum Verständnis der interaktionalen Prozesse beitrugen. Familien, die vom Projektmitarbeiter als mißtrauisch empfunden worden waren, hatten sich z.B. letztlich deswegen vorsichtig am Interviewgeschehen beteiligt, da sie vor der Autorität und dem Sozialstatus des Wissenschaftlers zurückgeschreckt waren. Oder es konnten Themen, die die Familie bewegten, durch vorsichtige Hinweise des Co-Interviewers angesprochen werden. Auch war in vielen Familien ein Vertauensvorschuß durch deren Teilnahme zu erkennen, was dazu führte, daß es schneller zu authentischen Interaktionen in den Familien kam.

[26] Hiervon konnten drei Familien nicht in die Auswertung einbezogen werden, da entweder technische Mängel die Transkribierung der Interviews verhinderten, oder die adoleszenten Kinder sich dem Interview verweigerten.

Der Teammitarbeiter erstellte direkt im Anschluß an den zweiten Besuch ein Protokoll zur Interviewsituation unter besonderer Berücksichtigung "szenischer Informationen", d. h. Informationen über Metakommunikationsinhalte, die sich auf dem Tonband nicht abbildeten, über die Wohnungsatmosphäre, die eventuelle Wartezeit vor dem Interviewbeginn oder über zusätzliche Mitteilungen der Familienmitglieder nach Abschalten des Aufnahmegerätes. Daneben wurden vom Teammitarbeiter soziodemographische Daten über die jeweilige Familie erhoben (ESD).

Die Co-Interviewer wurden später auch zur Nachbefragung der untersuchten Familien herangezogen.

5.2.2 Expertenbefragung

Im Rahmen von zwei Expertenbefragungen waren im Jahr 1989 in einem Vorprojekt (gemeinsam mit dem IMAZ der Universität GHS Essen) Interviews mit allen Experten unserer Ambulanz durchgeführt worden. Diese wurden von einer nicht in die Institutionshierarchie eingebundenen Forscherin durchgeführt und im Jahr 1995, auf dem Höhepunkt des Projekts, wiederholt und auf die therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der inzwischen gegründeten Tagesklinik ausgeweitet.

In beiden Befragungen wurden mittels semistrukturierter Tonbandinterviews die therapeutischen tätigen Mitarbeiter der Ambulanz nach eigenen Erfahrungen im Umgang mit Patienten sowie deren Familien aus der Türkei befragt. Ein begleitender Fragebogen wurde von den Befragten selbst ausgefüllt. Er enthielt 12 Fragen, die überwiegend offen zu beantworten waren bezüglich Kommunikationsproblemen und Umgang damit, kulturtypischen Symptomen, den Erwartungen der Familien an den Therapeuten, zu Therapieverlauf und -abbruch, der Erziehungshaltung in den Familien, den eigenen Schwierigkeiten im Umgang mit Migrantenfamilien und Veränderungswünschen. Zwei Fragen waren skaliert zu beantworten. Sie bezogen sich auf die Häufigkeit von Kommunikationsproblemen und auf die Bedeutung der Erfassung bestimmter anamnestischer Daten[27].

An der ersten Befragung nahmen 10, an der zweiten Befragung 16 Experten teil[28]. In den Interviews wurde nach Erfahrungen im ambulanten und stationären Bereich gefragt, da die Mitarbeiter nach dem Rotationsprinzip verschiedene Abteilungen der Klinik durchlaufen.

Zwischen den Befragungen war der Anteil der Patienten aus der Türkei in der Ambulanz von 2,9% auf 11,6% gestiegen, die stationäre Inanspruchnahme stieg von 1% auf 3%. Dies führte jedoch nicht unweigerlich dazu, daß deutsche Therapeuten im gleichen Ausmaß nun vermehrt türkeistämmige und nichtdeutsche Patienten behandelten, da dieser Zuwachs unmittelbar an die Tätigkeit des muttersprachlichen Mitarbeiters gebunden war.

Die Ergebnisse der Interviews wurden sowohl einer quantitativen wie einer qualitativen Analyse im Team unterzogen. Bezüglich der quantitativen Analyse wurde wegen der geringen Stichprobengröße in beiden Befragungen überwiegend deskriptiv vorgegangen (Vergleich von Häufigkeiten, z. T. Signifikanzprüfung über Chi - Quadrat - Tests).

[27] siehe Anhang

[28] Aufgrund der hohen Mitarbeiterrotation konnten nur vier Personen in beiden Interviewserien befragt werden, sodaß es sich um zwei Querschnittserhebungen handelt.

5.2.3 Arztbriefanalyse

Ziel dieser Analyse war es, zu überprüfen, in wie weit sich Einstellungsveränderungen der autochthonen Mitarbeiter im Umgang mit Patientenfamilien aus der Türkei in den schriftlichen Produktionen der Institution, d.h. in den an Kooperationspartner außerhalb der Institution gerichteten „Arztbriefen", bei der Anamneseerhebung und Diagnoseformulierung, nachvollziehen lassen. Durch den Projektmitarbeiter verfaßte Arztbriefe waren damit aus dieser Untersuchung ausgeschlossen.

Ein mindestens 3seitiger Arztbrief, von einem Arzt oder Klinischen Psychologen (z.T. in Weiterbildung) in der Ambulanz verfaßt, besteht üblicherweise aus der Schilderung des Vorstellungsanlasses, der medizinischen und biographischen Vorgeschichte, der Beschreibung familiärer und sozialer Verhältnisse, einem psychischen und körperlichen sowie ggfs. testpsychologischen Befund, einer diagnostischen Einschätzung mit ICD-Codierung[29] und einem Maßnahmenvorschlag. Der Arztbrief wird in der Regel nach einem mehrstündigen, im Anschluß supervidierten Ersttermin verfaßt und später durch Folgeberichte ergänzt.

Für die Untersuchung wurden alle Akten über Patienten türkischer Herkunft dem Archiv entnommen und die Arztbriefe nach dem inhaltsanalytischen Verfahren nach Mayring analysiert (zur Methodik und Operationalisierung siehe Kapitel 6.). Alle Akten fanden sich vollständig.

In die Analyse gingen 126 Arztbriefe aus den Jahren 1983 bis 1996 ein.

5.2.4 Zeitlicher Untersuchungsablauf

Zur zeitlichen Abfolge der Untersuchungen sei folgende Übersicht wiedergegeben.

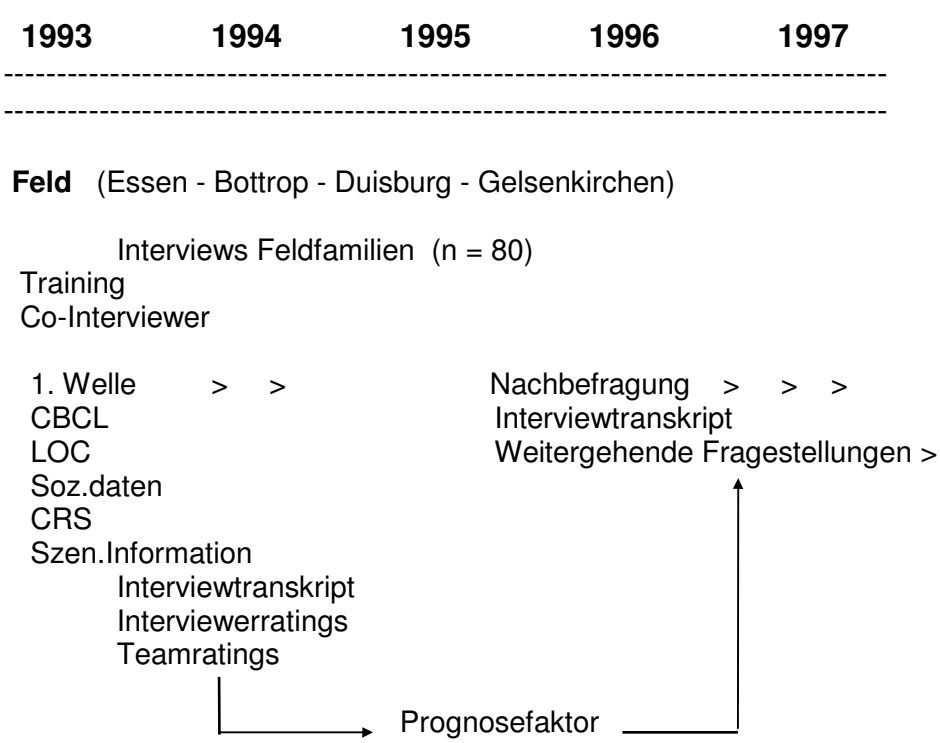
Während die türkischsprachige pädagogische Fachkraft im Projekt 100% der Zeit für das Projekt zur Verfügung stand, versorgte der muttersprachliche Psychologe mit o,5 trägerfinanzierten Stellenanteilen in der Institutsambulanz inanspruchnehmende Patientenfamilien.

Die Projektleiterin stand während aller Ratingsitzungen, Teambesprechungen, Verschriftlichungen und Supervisionssitzungen zur Verfügung.

[29] ICD-Klassifikation: International Classification of Diseases, operationalisierte Codierung von psychiatrischen Störungen z.Zt nach ICD-10.

SCHAUBILD 3:

Untersuchungsdesign



5.3 Beschreibung der Instrumente

Um zu kennzeichnen, daß sich im Vergleich zum Zwischenbericht teilweise Überarbeitungen ergeben haben, wurden neue Bezeichnungen gewählt (s. Anhang)

5.3.1 Erfassungsbogen Soziodemographischer Daten (ESD)

Um zu prüfen, ob die Variabilität der zugewanderten Bevölkerung in Deutschland (s. Kapitel 2.) auch für die Untersuchungsstichprobe der Feldfamilien zutrifft, wurden neben soziodemographischen und sozioökonomischen Variablen migrationsgeschichtliche Daten erhoben, da der historische Hintergrund möglicherweise Anhaltspunkte liefern kann für das aktuell sichtbar Gewordene.

Die Angaben zu jeder Familie wurden in Anlehnung an die im Interview erhobenen Informationen und Beobachtungen desjenigen Teammitglieds, das die jeweiligen Interviews durchgeführt hatte, festgehalten.

Die Daten umfassen migrationsgeschichtliche Angaben

zur Familie als Gesamtes: Art der Familienmigration, Nachzüge, zeitweilige Trennungen der Familienmitglieder,

zu den Eltern: Herkunftsregion, Herkunftsort, Migrationsjahr, Schulbildung und berufliche Tätigkeit in der Türkei, etwaige Schul- und Berufsausbildung in Deutschland,

zu den Kindern: Geburtsland, ggfs. Migrationsjahr;

Daten zu den aktuellen Lebensbedingungen

Wohnumfeld (Grad der eigenethnischen sozialen Eingebundenheit) und Wohnbedingungen (Größe und Qualität),

Familienstand,

Anzahl der Kinder,

Tätigkeit der Eltern,

schulische, bzw. berufliche Situation der Kinder

und allgemeine Angaben wie Alter und Geschlecht der einzelnen Familienmitglieder.

5.3.2 Rating der Ressourcen und Risiken der Familie und der einzelnen Familienmitglieder (ReRi)

5.3.2.1 Ziel des Instruments

Bei diesem Rating werden als Ergebnis der Team-Diskussion die individuellen und familiären Ressourcen und Risiken der untersuchten Familien eingeschätzt und anhand einer qualitativen Operationalisierung der theoretisch begründeten Kategorien auf 4-stufigen Skalen quantifiziert.

Wie im Kapitel 2., „Forschungsstand“ dargelegt, gibt es widersprüchliche Forschungserkenntnisse zur Beschwerdehäufigkeit und der Unterschiede in den Äußerungsformen psychischer Irritationen bei migrierten Kindern und Jugendlichen (s. Steinhausen 1982, 1989). Einigkeit besteht hingegen darin, daß die Migrantenfamilien einer vergleichsweise höheren äußeren Belastung ausgesetzt sind und Benach-

teiligungen für die Kinder und Jugendlichen zu erwarten sind, ohne daß dies zu einer allgemein erhöhten Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen führen muß.

Die jugendpsychiatrische Risikoforschung (s. Kapitel 2 „Forschungsstand"; auch Schepker 1995), auf die wir uns in unserem Ansatz beziehen, geht allgemein davon aus, daß Problembewältigungsstrategien in Familien auf dem Hintergrund vorhandener Ressourcen und Risiken zu bewerten sind. Demnach wäre bei als psychopathologisch auffällig einzustufenden Mechanismen der Problembewältigung davon auszugehen, daß Risikofaktoren schwerer ins Gewicht fallen, als die vorhandenen Ressourcen des Individuums und/oder seiner Umwelt diese auszugleichen vermögen.

Inwieweit nun frühere Belastungen als Risikofaktor zu werten sind, ist abhängig vom kontextuellen Rahmen. So kann beispielsweise eine Verfolgungssituation in der Heimat, die mit Trennungen und existentieller Verunsicherung einherging, auch als Ressource gewertet werden, wenn sie durch Hilfe und eigene Fähigkeiten gut überstanden werden konnte und zum Ansehen in der jetzigen Gemeinschaft beitrug; oder frühe Trennungserlebnisse können durch den resultierenden Zuwachs an Autonomie die Ressourcen vergrößern (Diskussion bei Brucks 1994). Es wird also nicht auf die absolute Höhe eines Risiko-Indexes der Familie ankommen, sondern die in der Beschreibung der Familien aufgeführten Risikofaktoren müssen immer wieder in Bezug gesetzt werden zu den eingeschätzten Ressourcen.

Die sich hierin wiederspiegelnde Komplexität ist nur dann faßbar, wenn, auch aus Gründen der Vergleichbarkeit der Familien, Risiken und Ressourcen je Familie in einem definierten Streubereich innerhalb von Kategorien eingeschätzt werden. Die zur Bestimmung dieser Kategorien notwendige familientheoretische Grundlegung in Anlehnung an das Familienmodell von Boszormenyi-Nagy ist im Kapitel 3 „Eigener Ansatz" dargestellt.

Somit ergaben sich fünf Dimensionen für die Beurteilung der individuellen und familiären Ressourcen und Risiken der untersuchten Stichproben. Sie waren für uns Ausgangspunkt für die Entwicklung eines eigenen Kategoriensystems, das der Auswertung des qualitativen Materials zugrundegelegt wurde.

5.3.2.2 Kategorisierungsdimensionen

5.3.2.2.1 Dimension 1: Biographie und Vorerfahrungen

Boszormenyi-Nagy und Krasner (1986) beschreiben das Wahrnehmen der „Faktizität der Herkunft" als eine Ressource. Mit dem der kontextuellen Familientheorie zugrundliegenden Modell der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie (Übersicht bei Mertens 1990) werden in dieser Dimension sowohl die inneren Bilder (Introjekte) aus Interaktionen mit wesentlichen primären Bezugspersonen eingeschätzt, als auch der Umgang mit Traumata bzw. deren Verarbeitung. Traumata, die positiv überwunden wurden (etwa eine gute Erinnerung an einen verstorbenen Elternteil oder geglückte Trauerprozesse nach anderen Trennungserlebnissen) stellen gemäß dieser Theorie eine Ressource dar. In diesem Sinne wurden aus den Interviews zu schließende positive Erinnerungen und Introjekte, Wahrnehmung von Bildungsoptionen oder gute Versorgungsbedingungen in der Kindheit als Ressourcen gewertet.

Über die Einschätzung des Schweregrades biographischer Belastungen bestehen unter klinischen Forschern globale Übereinkünfte, die sich etwa anhand der zahlenmäßig ausgedrückten Liste der „life events" (Coddington 1972) oder in der Reihung

der psychosozialen Belastungen im Diagnoseschema DSM-III-R, Achse 5 nachvollziehen lassen, z. B. Verfolgung und Flucht, Mißhandlungen, frühe und lange Trennungen, der Tod wichtiger Bezugspersonen oder sonstige frühere belastende Lebensereignisse. Ebenso bestehen Erkenntnisse zur pathogenen Valenz von Extremtraumata bei Kindern und Erwachsenen (Übersicht bei Schepker 1997). [30]

5.3.2.2.2 Dimension 2: Reales Lebensumfeld und Faktisches

In dieser Dimension sind die realen Fakten, die sozioökonomischen Verhältnisse, die Wohn- und Arbeitssituation und die aktuellen realen Belastungen der Familie aufgenommen.

Nach Boszormenyi-Nagy und Krasner (1986) sollen auch chronische Erkrankungen wegen der faktischen Auswirkungen auf mehrere Familienmitglieder in dieser Dimension berücksichtigt werden. In Anlehnung hieran wären desweiteren Entscheidungen der Eltern, die sich den Kindern als Faktizität präsentieren, wie z.B. Trennung, Scheidung oder die Wahl von Bleibe- oder Rückkehroptionen mit der Verteilung materieller Ressourcen (Vermögen in der Türkei oder der Bundesrepublik) in die jeweiligen Beurteilungen einzubeziehen.

Die traditionelle jugendpsychiatrische Risikoforschung hat zu diesem Bereich viele Risiken hinzudefiniert (vgl. Kapitel 2). Zu achten wäre auf beengte Wohnverhältnisse, Armut und /oder Schulden, schnelle Geburtenfolge, Handicaps und Behinderungen. Als Risikofaktor ist auch Arbeitslosigkeit von Eltern oder Adoleszenten zu werten (vgl. hierzu Leuzinger-Bohleber et al. 1994).

Als Ressource gelten demgegenüber Arbeits- und Rollenzufriedenheit, eine positive „Familienkultur“ z. B. in den Bereichen Eßgewohnheiten und Freizeitgestaltung sowie Familienaktivitäten. Eine gute Einbettung in die ethnische Gemeinschaft gilt mit Geiersbach (1989, 1990) als Ressource. Die von Werner und Smith (1977) entwickelten „protektiven Faktoren“ wie Interessen, Hilfe, Bezugspersonen außerhalb der Familie, Erfolg, Zusammenhalt der Familie gingen in die Einschätzung dieser Dimension für die Kinder und Jugendlichen mit ein.

5.3.2.2.3 Dimension 3: (Individuelle) psychische Situation

Diese Dimension beinhaltet die psychische Situation einzelner Familienmitglieder „bezogen auf individuelle Lebensziele und Motivationen“ (Boszormenyi-Nagy und Krasner 1986), wozu explizit unbewußte Wünsche, Abwehr und Charakterstruktur zählen. Das Einschätzen als Ressource oder Risiko erfolgt wiederum nicht im Sinne individueller Psychopathologie, sondern im Lichte der Auswirkung auf den Familienkontext. Im Rahmen der zugrundezulegenden Objektbeziehungstheorie ist hierzu besonders hilfreich die Ausarbeitung der Ich-Funktionen nach Bellak (1973), da dieser auch die psychischen Fähigkeiten beschreibt, die als Ressourcen aufzufassen sind. Hierunter zählen die Fähigkeit zur Realitätsprüfung, zur Verbalisation, zur Impulsregulierung und zur Integration von Widersprüchen, Differenziertheit, Empathiefähigkeit, Emotionalität, Hoffnung, Humor. Ebenso findet sich auf der vorgeschlagenen Achse zu Abwehrmechanismen des DSM-IV (1994) eine Operationalisierung in „hohes Adaptationsniveau“, „Kompromißbildungsniveau“ usw. in Abstufungen bis hin zur (psychosenahen) Dysregulation der Abwehrmechanismen.

[30] Die Operationalisierungen aller Kategorien des Risiken-Ressourcen-Ratings ReRi (Überarbeitung des RRR des Zwischenberichtes) finden sich aus Gründen der Systematik in Kapitel 5.3.2.3

Als Risiken gelten somit eine verminderte Fähigkeit zum Reizschutz und zum Bedürfnisaufschub oder starre Abwehrmechanismen, wie krasse Verleugnung oder kontinuierliche Projektionen.

5.3.2.2.4 Dimension 4: Transaktionale Muster

Diese Dimension beschreibt nach Boszormenyi-Nagy und Krasner (1986) Kommunikationsstrukturen, den Umgang mit Regeln sowie Machtverhältnisse. Sie ist aus der Verhaltenstheorie abgeleitet.

Da sich Boszormenyi-Nagy und Krasner in ihren theoretischen Ausführungen zu dieser Dimension überwiegend in Abgrenzung zu den behavioralen Systemtheorien äußern, ist die kontextuelle Theorie auf der kategorialen Ebene hier wenig explizit; es wird ausdrücklich dazu aufgefordert, eigene oder andere Familientheorien zu Regulierungsfunktionen hier zu integrieren.

Desweiteren erscheint die Berechenbarkeit elterlicher Handlungen durch die Kinder, wie sie sich in transaktionalen Mustern ausdrückt, von großer Bedeutung im Sinne der Ressourcenorientierung. Schneewinds (1985) Beobachtungen, daß die Vorhersagbarkeit elterlichen Verhaltens mit einer stärkeren internalen Kontrollüberzeugung der Kinder einhergeht, bildet unter diesem Gesichtspunkt die Verbindung zu den Kontrollüberzeugungen, die wir von den Jugendlichen erfragten (vgl. Kapitel 5.3.9.).

Als Ressourcen auf der transaktionalen Ebene können aufgeführt werden: explizite Familienregeln (z.B. bezüglich Arbeitsteilung oder zeitlichen Rahmensetzungen), Berechenbarkeit, Zusammenhalt und Vermittlung von Geborgenheit, Offenheit und Klarheit in der Kommunikation, klare Generationsgrenzen, Rollenfestlegung und -flexibilität.

Zu den Risiken wären zu zählen u. a. familiäre Verstrickungen, generationenübergreifende Koalitionen, Beliebigkeit bzw. Chaos hinsichtlich von Regeln und Hierarchie, Rollenrigidität, Unberechenbarkeit elterlicher Handlungen, Willkür sowie widersprüchliche, stark schwankende Elternhaltungen.

5.3.2.2.5 Dimension 5: Beziehungsethik und verdientes Vertrauen

Diese Dimension beschreibt die Handlungsebene unter der Kategorie der fairen Berücksichtigung der Interessen aller Familienmitglieder. Unter „Beziehungsethik“ ist zu verstehen, wie die Familienmitglieder Fairness in den Beziehungen und Vertrauen in die Beziehungen herstellen und bisher hergestellt haben und inwiefern ein verantwortungsvoller, hilfreicher und wertschätzender Umgang miteinander besteht.

Als Ressourcen zählen die Möglichkeit (auf dem Hintergrund des jeweiligen sozialen und ethnisch-kulturellen Bezugssystems), berechtigte Ansprüche an die übrigen Familienmitglieder in konstruktiver Weise einzulösen, und die Fähigkeit, sich durch Sorge um die durch die familiäre Zugehörigkeit gebundenen Angehörigen eigene Verdienste zu erwerben. Konstituierend dazu ist die beziehungsmäßige Integrität, d. h. das verantwortungsvolle Wahrnehmen der jeweiligen Funktion in der Familie, etwa der Elternschaft, und das gerechte Verteilen von Belastungen und Nutznießen in der Familie (Boszormenyi-Nagy u. Krasner 1986).

Risiken im Sinne dieser Dimension wären etwa Übergriffigkeit von Eltern auf Kinder, wie Mißbrauch oder Mißhandlung, oder Parentifizierung als mildere Form; oder auch chronische Anspruchshaltungen von Kindern gegenüber Eltern und älteren Geschwistern.

5.3.2.3 Operationalisierung

Um die Unabhängigkeit der Einschätzung der Risiken und Ressourcen für die jeweilige Dimension zu wahren, wurde darauf geachtet, daß die jeweiligen Kategorien inhaltlich positiv definiert wurden, daß also Risiken nicht das Gegenteil von Ressourcen sind, vice versa.

Die fünf Dimensionen (Biographie, Faktisches, Psyche, Transaktionen und Beziehungsethik) bildeten die Grundlage für die Entwicklung eines Kategoriensystems zur Auswertung des qualitativen Materials mit Operationalisierungen zu den einzelnen Dimensionen.

Alle Dimensionen wurden auf der Ebene vorhandener Ressourcen und Risiken, über die im Interview berichtet wurde und die beobachtbar waren, abgebildet. Ressourcen und Risiken wurden jeweils unabhängig voneinander auf einer Skala von 1 bis 4 eingeschätzt und bewertet. Biographie, Faktisches und Psyche wurden für jedes einzelne Familienmitglied getrennt erfaßt, wobei nur diejenigen Familienmitglieder dem Rating unterzogen wurden, die während des Interviews anwesend waren. Es wurden höchstens vier Kinder erfaßt. Ein Ausschluß weiterer Kinder ergibt sich aus der Fragestellung, d.h. die Untersuchung fokussiert auf die Kinder, die 10-18 Jahre alt waren.

Die Dimensionen Transaktionen und Beziehungsethik werden für die Familie als Gesamtsystem bewertet. Auch wenn theoretisch davon auszugehen ist, daß die Dimension Beziehungsethik mit den übrigen vier Dimensionen in Wechselwirkung steht, wurde versucht, diese Dimension unabhängig von den vorhergegangenen Ratings zu bewerten.

Zusätzlich zu den ausdifferenzierten Operationalisierungen der Subkategorien wurden gemäß unserer Methodik durch Erkenntnisgewinne im Ratingprozess Ankerbeispiele festgehalten. Diese dienten der Vereinheitlichung der Bewertungen auf den vierstufigen Skalen und konnten für weitere Ratings als Vergleichsmaßstab dienen.

In den nachfolgenden Tabellen sind die vorangegangen Operationalisierungen mit konkretisierenden Ankerbeispielen für die fünf Dimensionen getrennt nach Ressourcen und Risken aufgeführt. Die Ankerbeispiele sind detailliert bei den Autoren einzusehen.

Die beiden Mitarbeiter des Projekts, die die türkische Sprache beherrschen, werteten zunächst getrennt gemäß der Operationalisierungen die jeweiligen Transkripte aus, wobei sie gezielt auf die Tonbandmitschnitte zurückgriffen. Im gemeinsamen Team-Rating wurden von dem Mitarbeiter, der das Interview durchgeführt hatte, weitere Informationen zum Szenischen, zu Ereignissen, die nicht auf dem Tonband erfaßt waren und zu ergänzenden Berichten der Co-Interviewer gegeben. Die den jeweiligen Ratings zugrundeliegenden Informationen sind somit nicht per se vergleichbar. Am ehesten sind höhere Übereinstimmungen zwischen dem Rating des Interviewers und dem des Teams zu erwarten, da hier die Informationslage eher vergleichbar ist. Die multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams, die Entwicklung zunehmend klarerer Kriterien für die Bewertungen während des Untersuchungsprozesses (s. Ankerbeispiele) kann aber auch hier den Grad der Übereinstimmung zwischen den Ratings, v.a. zu Beginn der Untersuchung, vermindern. Es wäre möglich gewesen, nach der endgültigen Fassung der Ankerbeispiele und Operationalisierungen die Interviews erneut einem Rating zu unterziehen, doch ist ein solcher Mehraufwand nur dann sinnvoll, falls sich im Ratingprozess gezeigt haben sollte, daß die Anfangsoperationalisierungen äußerst unzureichend waren. Wir beschränkten uns deswegen darauf, nur dann Neukodierungen vorzunehmen, wenn sich Schwierigkeiten in der

Zuordnung zu Ankerbeispielen zeigten. In diesen seltenen Fällen wurden dann die entsprechenden Ratings früherer Familien nach Durchsicht der Aufzeichnungen korrigiert.

Tabelle 7: Operationalisierung und Ankerbeispiele für die biographischen Ressourcen

Allgemeine Operationalisierungskriterien**:** positive Erinnerungen und Introjekte; positiv bewältigte life events ohne Auswirkungen auf die Gegenwart; gelungene Sozialisation („Wurzeln"); Wahrnehmung von Bildungsoptionen; gute Versorgungsbedingungen in der Kindheit; erlebte Vorzugsbehandlung von Erstgeborenen

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele[31]
1=keine/ geringe	Basale Versorgung gewährleistet, keine weiteren Ressourcen festgestellt.	Weder positive noch negative Erinnerungen an Kindheit, erwähnt alles neutral, Herkunftsfamilie positiv erlebt. (Familie 7, Vater)
2=mäßige/ wenige	Positive Erinnerungen an Bezugspersonen und gute materielle Versorgung oder Bildungsoptionen genutzt oder Migration gut bewältigt und positive Erinnerungen an die erste Zeit danach.	Großfamilie, vom Ehemann umworben, positive Erinnerungen an die Kindheit, aber wenig Beziehungen. (Familie 5, Mutter)
3=hohe	Positive Erinnerungen an Bezugspersonen und gute materielle Versorgung und Bildungsoptionen genutzt oder ein Trauma und/oder die Migration gut bewältigt und positive Erinnerungen an die erste Zeit danach.	Erfolgreiche Schullaufbahn (abgeschlossenes Studium) in der Türkei, gute Erinnerung an Pflegeeltern, Aufgehobensein in sozialem Netz bei Migration, Anerkennung von Bildungsabschlüssen. (Familie 25, Mutter)
4=sehr hohe	Überdurchschnittlich positive Versorgung, Zuwendung und Förderung in der Kindheit, Bildungsoptionen realisiert und Migration positiv bewältigt .	Reich und behütet aufgewachsen, in der Familie einflußreich, selbstbewußt, Aufgehoben in politischer Arbeit und Beziehungen, Möglichkeit selbstbestimmt zu leben, sehr offen. (Familie 39, Vater)

Tabelle 8: Operationalisierung und Ankerbeispiele für die biographischen Risiken

Allgemeine Operationalisierungskriterien**:** Traumatisierungen; Deprivationen; Tod eines Familienmitglieds; Trennungserfahrungen; Krankheiten/Unfälle; Verfolgung/Inhaftierung; Mißhandlung/Mißbrauch; frühe Symptombelastung; belastete Familienanamnese; schnelle Geburtenfolge in der Herkunftsfamilie; andere frühe, als belastend erinnerte life events ohne Auswirkung auf die Gegenwart.

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1=keine/ geringe	Keine oder wenig Entbehrungen oder Traumatisierungen in der Kindheit.	Diskriminierung im Sport (Familie 40, 3. Kind)
2=mäßige/ wenige	Wenig Entbehrungen oder geringe Traumatisierung oder Unter- bzw. Überforderungssituation in Schule oder Familie	Früher sehr beengte Wohnverhältnisse und starke Konflikte auf der Eltern- und Geschwisterebene. (Familie 2, 4. Kind)

[31] Die Ankerbeispiele wurden nach Prägnanz ausgewählt und können sowohl von Eltern, als auch von Kindern stammen.

3=hohe	Stärkere Entbehrungen oder Traumatisierungen und Überforderung oder schlechte Lebens- oder Arbeitsbedingungen nach der Migration oder Trennungen oder Zwangsverheiratung	Behinderung zu spät erkannt, keine adäquate Förderung, früher Schulschwierigkeiten, lebte im Schatten des jüngeren behinderten Bruders. (Familie 8, 1. Kind)
4=sehr hohe	Extremtraumatisierungen wie Mißbrauch, Mißhandlung, Flucht, Folter oder starke Behinderungen, die nicht adäquat gefördert wurden oder emotionale Vernachlässigung oder starke Überforderung	Entwicklungsverzögert, überforderte Mutter wegen zu schneller Geburt nach dem Bruder, seit Geburt definiertes Problemkind der Familie, chronische Überforderung in Schule und Familie. (Familie 14, 2. Kind)

Tabelle 9: Operationalisierung und Ankerbeispiele für die faktischen Ressourcen

Allgemeine Operationalisierungskriterien**:** gute materielle Bedingungen; positiv eingenommene Rolle in Schule / Beruf / Familie; gute soziale Einbettung (familiär / außerfamiliär); positive „Familienkultur“ (Eßverhalten / Kleidung / Freizeit)

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1=keine/ geringe	Aktuelle basale Versorgung gesichert und einige Sozialkontakte oder Arbeit vorhanden bzw. Schulbesuch und Aufenthaltsstatus gesichert	Geringer Kontakt zu Nachbarn, Hilfe von Sozialberater der AWO. (Familie 2, Mutter)
2=mäßige/ wenige	Versorgung sicher, Wohnraum/Sozialkontakte ausreichend oder Arbeit bzw. Schulbesuch zufriedenstellend oder sinnstiftende politische oder religiöse Bezüge vorhanden	Gesicherter Aufenthaltsstatus, genügend Wohnraum, ausreichende materielle Versorgung, Arbeitszufriedenheit. (Familie 1, Vater)
3=hohe	Materielle Bedingungen und soziale Einbindung gut, z. B. Schulbesuch bzw. berufliche Tätigkeit erfolgreich oder Einbindung in außerfamiliäre Aktivitäten gelungen oder viel Unterstützung	Lebt im eigenen Haus, warmes Familienklima, guter Kontakt zu Arbeitskollegen, in Moschee eingebunden. (Familie 11, Vater)
4=sehr hohe	Gute materiellen Bedingungen, Arbeitszufriedenheit, positive Eingebundenheit in und außerhalb der Familie, viele Sozialkontakten	Gut versorgt, gute Schülerin, gute Kontakte in der peer-group, altersadäquate Freiräume, gute Zukunftsaussichten. (Familie 60, 3. Kind)

Tabelle 10: Operationalisierung und Ankerbeispiele für die faktischen Risiken

Allgemeine Operationalisierungskriterien**:** schlechte materielle Bedingungen, Schulden; enge Wohnverhältnisse; Arbeitslosigkeit; Analphabetismus; Lebensumstände, die objektiv ein gemeinsames Familienleben verhindern (Arbeitsbedingungen, einseitige Aufgabenteilung in der Familie ..); Isolation; Diskriminierung; Behinderungen, chronische Erkrankungen; Unter- oder Überforderung; abträgliche Lebensgewohnheiten (Übergewicht, Rauchen, Glücksspiele)

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1=keine/ geringe	Aktuell keine oder geringe Einschränkungen oder Schwierigkeiten vorhanden	Nur geringe Schulschwierigkeiten. (Familie 1, 2. Kind)
2=mäßige/ wenige	Einige nicht schwerwiegende Einschränkungen oder Schwierigkeiten vorhanden, wie z. B.	Befristete Aufenthaltsgenehmigung, Arbeitsstelle nicht entsprechend der Fähigkeiten.

	Probleme mit dem Aufenthaltsstatus oder Schwierigkeiten mit der Arbeit oder in der Schule oder schwere Arbeitsbedingungen	(Familie 13, Vater)
3=hohe	Einige deutliche Einschränkungen oder Schwierigkeiten vorhanden, wie z. B. Schwierigkeiten mit der Arbeit (z. B. Langzeitarbeitslosigkeit) oder in der Schule, schwere Arbeitsbedingungen, Eheprobleme, katastrophale Wohnbedingungen, schlechte Perspektiven für das weitere Leben	Keine eigene Wohnung, enge Wohnverhältnisse, keine Freunde, berufsbedingte Trennung vom Ehemann, keine Deutschkenntnisse (nicht 4, da Mutter eigenes Schlafzimmer, Vater als Fernfahrer oft zu Besuch und Ende der Trennung absehbar, Umzug geplant in einen Stadtteil, wo mehr Freunde leben). (Familie 18, Mutter)
4=sehr hohe	Kumulation problematischer Lebensverhältnisse, wie z. B. Langzeitarbeitslosigkeit, katastrophale Arbeitsbedingungen, massive Probleme in Schule und Familie und katastrophale Wohnbedingungen, drohende Obdachlosigkeit, eigene chronische Krankheit, kranke Familienmitglieder, schlechte Perspektiven für das weitere Leben	Keine Deutschkenntnisse nach erneuter Migration nach Deutschland, Vater und Bruder chronisch krank, überfordert in Schule und Familie, wenig Unterstützung, geringe materielle Ressourcen. (Familie 21, 1. Kind)

Tabelle 11: Operationalisierung und Ankerbeispiele für die psychischen Ressourcen (bei Kindern jeweils bezogen auf den Entwicklungsstand)

Allgemeine Operationalisierungskriterien**:** Differenziertheit; Empathiefähigkeit; Emotionalität; Ich-Stärke; Realitätsbezug; Authentizität; Selbstwertgefühl; Stabilität / Belastbarkeit; Menschenbild / Weltanschauung; Hoffnung; Ich-Funktionen: Abwehrmechanismen; Sublimierungsfähigkeit; Humor.

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1=keine/ geringe	Einfach strukturiert, im Interview wenig in Erscheinung tretend oder phlegmatisch-passiv wirkende Persönlichkeit	Keine Ressourcen im Interview zu sehen, wenig schwingungsfähig, passiv gut angepaßt. (Familie 9, 1. Kind)
2=mäßige/ wenige	Zwar in Kontakt tretende, oftmals warme, jedoch im Interview wenig prägnante Beiträge leistende und dadurch oft wenig differenziert wirkende Persönlichkeit	Pragmatisch, klar, flexibel, einfach strukturiert. (Familie 16, Mutter)
3=hohe	Deutlich vorhandene positive Bewältigungsstrategien, belastbar, ich-stark lebendig oder differenziert wirkende Persönlichkeit oder: stille, aber in sich ruhende Ausstrahlung oder: demonstriert gute Introspektionsfähigkeit oder positiv tragender Humor	Aktiv, durchsetzungsfähig, intelligent, belastbar. (Familie 66, Vater)
4=sehr hohe	Ausgeprägtes Vorhandensein verschiedener positiver Bewältigungsstrategien wie z. B. Durchsetzungsfähigkeit, Humor, positives Selbst- und Menschenbild, Empathiefähigkeit, Belastbarkeit, gute intellektuelle Ausstattung, Lebendigkeit, Fähigkeit zu autonomer Problemlösung einschließlich des Organisierens und Annehmens von Hilfe	Humor, differenziert, intelligent, empathiefähig, Auseinandersetzungsfähigkeit bzgl. Ausländerfeindlichkeit . (Familie 4, 1. Kind)

Tabelle 12: Operationalisierung und Ankerbeispiele für die psychischen Risiken (bei Kindern jeweils bezogen auf den Entwicklungsstand)

Allgemeine Operationalisierungskriterien**:** Psychische Handicaps einzelner (und Verarbeitung von Handicaps, Sucht ..); mangelnde Kommunikationsfähigkeit hinsichtlich der eigenen Befindlichkeit; pathologische Abwehr (Verdrängung, Spaltung, Projektion, Realitätsbezugsstörung); Depression; Somatisierung (von psychosozialen Problemen); Angst (pathologische)

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1=keine/ geringe	Wenig erkennbare psychische Probleme und einzuschätzende adaptive Abwehrmechanismen	Tendenz zur Somatisierung. (Familie 1, Mutter)
2=mäßige/ wenige	Erkennbare Abwehrmechanismen auf dem Niveau der Kompromißbildung, wie Affektisolierung, Reaktionsbildung, Dissoziation, milde Regression oder resignativer Rückzug oder ausgeprägte, sozial potentiell schwierige Charakterausprägungen wie Trotz, Dominanzstreben, Unterwürfigkeit oder Ängstlichkeit.	Kann wenig emotional sein, still, aggressionsgehemmt. (Familie 13, Vater)
3=hohe	Unreife Abwehrmechanismen wie starke Regression, Verleugnung, Rückzug in Depressivität oder klagend vorgetragene Somatisierungen oder Externalisierung wie Aggressivität, Unruhe, oder offensichtliche Konfliktscheu, Angst mit Vermeidungsverhalten	Ängstlich, unterwürfig, sekundäre Enuresis. (Familie 26, 1. Kind)
4=sehr hohe	Dysfunktionale Abwehrmechanismen mit tendenziellem oder deutlichem Verlust des Realitätsbezugs, z. B. Projektion, Paranoia oder schwerer (bereits anderweits diagnostizierter oder im Interview offensichtlicher) psychiatrischer oder psychosomatischer Symptombelastung, z. B. Alkoholismus, Schizophrenie	Nach innen gerichteter Blick voller Angst, wenig Geduld, wenig Selbstvertrauen, spricht leise, Adipositas, gehemmt, Ein-Wort-Sätze (19 J.), Sozialkontakte stark eingeschränkt. (Familie 9, 1. Kind)

Tabelle 13: Operationalisierung und Ankerbeispiele für die transaktionalen Ressourcen

Allgemeine Operationalisierungskriterien**:** explizite Familienregeln (Zeit / Arbeitsteilung ...); gemeinsame Familiensprache / Sprachidentität; Berechenbarkeit; Zusammenhalt / Geborgenheit; klare Generationsgrenzen; Rollenflexibilität; Offenheit; aktives Kommunikationsverhalten im Interview.

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1=keine/ geringe	Keine Muster, Regeln oder Kommunikationsstrukturen in der Familie als positive Regulierungsfunktion offensichtlich	Familienleben wird situativ willkürlich von der Mutter gesteuert, Vater faktisch nicht anwesend. (Familie 8)
2=mäßige/ wenige	Klare, aber starre Familienregeln, -strukturen und -grenzen oder klare Familienhierarchien, oder Kompromisse zwischen den Familienmitgliedern oder über Probleme kann offen geredet werden.	Klare traditionell-dörfliche Vorgaben und Regeln, die aber nicht den sich verändernden Anforderungenangepaßt werden (Frühberentung des Vaters, Schulprobleme der Kinder) (Familie 7)

3=hohe	Klare Familienregeln, -strukturen und -grenzen und Familienhierarchie und berechenbare Verhaltensweisen oder gemeinsame Familienideologie oder gute Arbeitsteilung vorhanden; offenes Kommunizieren.	Klare Regeln, gemeinsame Familienideologie (Religion), klare patriarchalische Strukturen. (Familie 30)
4=sehr hohe	Familienregeln, -strukturen -grenzen und -hierarchien klar und durchlässig, Interessen aller Familienmitglieder berücksichtigt, Probleme offen ansprechbar und kompromissfähig	Klare Generations- und Geschlechterhierarchie, Probleme werden offen besprochen, unter Wahrung der Würde aller Familienmitglieder darf es „offene Geheimnisse“ geben. (Familie 76)

Tabelle 14: Operationalisierung und Ankerbeispiele für die transaktionalen Risiken

Allgemeine Operationalisierungskriterien**:** Familiäre Verstrickung; Chaos hinsichtlich von Regeln und Hierarchie; Rollenrigidität; Fehlen expliziter Regeln; Unberechenbarkeit

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1=keine/ geringe	Wenig Probleme in alltäglichen Regulationsfunktionen	Keine Risiken erkennbar, Ausnahme: selten auftretende Uneindeutigkeiten bei Aufnahme von neuen Beziehungen des alleinerziehenden Elternteils. (Familie 52)
2=mäßige/ wenige	Gelegentlich sind Elternhaltungen nicht nachvollziehbar für Kinder, geringfügige Widersprüche bleiben unaufgeklärt, Kommunikationsverhalten im Interview gelegentlich unstrukturiert (ins-Wort- fallen etc.)	Rigide, Flexibilität im Problemlöseverhalten fehlt. (Familie 14)
3=hohe	Muster, Regeln, Kommunikationsstrukturen, Problemlösestrategien im Familienalltag stark widersprüchlich, unklar oder rigide oder Generationsgrenzen werden nicht eingehalten	Elternebene nicht klar, widersprüchlich, Willkür des Vaters (nicht übergriffig), Mutter schafft kein Gegengewicht. (Familie 31)
4=sehr hohe	Regulierungsfunktionen innerhalb der Familie stark gestört, z. B. durch widersprüchliche und unklare oder rigide Muster, Regeln oder Kommunikationsstrukturen, dadurch Problemlösestrategien in der Familie chaotisch, unberechenbar und unfunktional oder Familienmitglieder übergriffig oder laissez-faire gegenüber Kindern mit Hirarchieumkehr	Entwertung des Vaters, Rollenrigidität, Sohn schlägt Mutter und Schwester, rigide Problemlösestrategien. (Familie 8)

Tabelle 15: Operationalisierung und Ankerbeispiele für die Ressourcen in Beziehungsethik

Allgemeine Operationalisierungskriterien**:** Gegenseitige Achtung; Vertrauen; Verläßlichkeit; hilfreiche Beziehungen

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1=keine/ geringe	In der Familie wenig Bemühen um die Berücksichtigung der Interessen der einzelnen Familienmitglieder und Klima kaum von Vertrauen und gegenseitiger Unterstützung bestimmt	Mutter versorgt Familie oral aber mit wenig Wärme. (Familie 36) (von uns nur einmal codiert)

2=mäßige/ wenige	Interessen der einzelnen Familienmitglieder bekannt und geduldet, Familienklima birgt Momente von Wertschätzung oder Verläßlichkeit oder Vertrauen und gegenseitiger Unterstützung	Verläßlichkeit, Eltern kümmern sich, emotional bemüht, aber ohne Durchhaltevermögen. (Familie 17)
3=hohe	Interessen der einzelnen Familienmitglieder in fairer Weise berücksichtigt, Familienklima bestimmt z. B. durch Wertschätzung, Verläßlichkeit, Vertrauen und gegenseitiger Unterstützung oder bei den Eltern eine förderliche Haltung erkennbar	Viele Ressourcen wie Wärme, Aufgehobensein, Verfügbarkeit, Verläßlichkeit, aber letztlich fehlt die eindeutige Übernahme von Verantwortung seitens der Eltern. (Familie 15)
4=sehr hohe	Interessen der einzelnen Familienmitglieder in fairer Weise berücksichtigt und Familienklima durchgehend beherrscht durch Wertschätzung, Verläßlichkeit, Vertrauen, gegenseitigen Unterstützung und Verantwortung füreinander	Raum für Individualität vorhanden, bei gleichzeitiger Kohäsion, Eltern können sich auf die Entwicklungsstadien ihrer Kinder gut einstellen, warmes, liebevolles Familienklima, faire Berücksichtigung von Bedürfnissen der Kinder bei Lebensplanung der Eltern. (Familie 68)

Tabelle 16: Operationalisierung und Ankerbeispiele für die Risiken in Beziehungsethik

Allgemeine Operationalisierungskriterien**:** Vernachlässigung; Verwahrlosung; Übergriffigkeit; Vereinnahmung; Nichterfüllung berechtigter Ansprüche / „negative entitlement"; fehlende Verläßlichkeit (Geld / Versorgungsmängel)

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1=keine/ geringe	Keine oder geringe Einschränkungen bei der Berücksichtigung von Interessen der Familienmitglieder, berechtigte Bedürfnisse werden berücksichtigt.	Eltern können sich selbst wenig gönnen (ohne materielle Begründung). (Familie 62)
2=mäßige/ wenige	Geringe Einschränkungen bei der Berücksichtigung von Interessen der Familienmitglieder, auf berechtigten Bedürfnisse einzelner Familienmitglieder wird kaum Rücksicht genommen oder Problemlösungen der Familie gehen zu Lasten eines Familienmitgliedes	Kinder müssen eigene Probleme außerhalb der Familie behandeln (Freunde, Lehrerin), Belastbarkeit des Sohnes wird etwas ausgenutzt. (Familie 1)
3=hohe	Erhebliche Einschränkungen bei der Berücksichtigung von Interessen einzelner oder mehrerer Familienmitglieder erkennbar und Mißtrauen oder Entwertungen oder mißbräuchliches Benutzen der Kinder für elterliche Bedürfnisse	Gegenseitige Entwertung der Kinder und Eltern, Mißtrauen, Haß (aber in der Interaktion auf die verbale Ebene beschränkt). (Familie 66)
4=sehr hohe	Durchgehend gravierende Verstöße gegen berechtigte Interessen einzelner oder mehrerer Familienmitglieder durch Machtmißbrauch oder Übergriffigkeiten erkennbar, z. B. Kinder materiell oder emotional vernachlässigt oder ausgebeutet, „negative Ansprüche" von Kindern gegenüber der Umwelt akkummuliert	Unterschwellig übergriffig, überfordernd, Indexpatient (Sohn1) muß eigene Entwicklung über Symptom erkaufen, Tochter1 wurde bisher „geopfert". (Familie 21)

5.3.2.4 Zur Qualität des Ratingverfahrens

Das Rating ReRi ist das zentrale Instrument der vorliegenden Untersuchung. Die Ergebnisse dieses Ratings fliessen nicht nur bei der quantitativen Datenanalyse als abhängige Variablen ein, dieses Rating ist auch grundlegend für die qualitative Typenbildung.

Die größten Schwierigkeiten bereitete in der Operationalisierung dieses Ratings die Unterscheidung zwischen Risiken und Ressourcen für jede Dimension und jede Ebene. Für einen ressourcenorientierten Ansatz wäre ja wichtig, daß Ressourceneinschätzungen relativ unabhängig von Risikeneinschätzungen erfolgen. Nur in diesem Fall wäre eine gesonderte Einschätzung von Ressourcen und Risiken empirisch sinnvoll und könnte auch aus einer ressourcenorientierten Sicht zu Erkenntnissen führen, die nicht eine Umkehrung bisher erfolgter Risikoforschung wären.

Zur Untersuchung der Qualität unseres Instruments wurde eine Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt, in die alle Variablen des Ratings ReRi eingingen. Um die Fallzahlen, die in die Faktorenanalyse eingingen nicht weiter zu reduzieren, wurden je Familie für Eltern und Kinder jeweils Mittelwerte gebildet, die dann in die weiteren Berechnungen eingingen.

Über die Faktorenanalyse konnten drei Faktoren mit einem Eigenwert > 1 extrahiert werden, die 66,3 % der Gesamtvarianz aufklären (siehe u.). In den 1. Faktor (Eigenwert 7,602; Anteil an Gesamtvarianz 47,5 %) gehen alle elterlichen, kindlichen und familiären Risiken ein - mit Ausnahme der biographischen Risiken, die auf einem 3. Faktor laden (Eigenwert 1,344; Anteil an Gesamtvarianz 8,4 %) - zudem Ressourcen auf der Ebene der Beziehungsethik und des Faktischen (Eltern). Diese beiden Variablen laden etwa gleichhoch auch auf einem 2. Faktor, in den alle Ressourcen-Variablen eingehen (Eigenwert 1,658; Anteil an Gesamtvarianz 10,4 %).

Tabelle 17: Faktorenmatrix des ReRi-Ratings (nach Varimax-Rotation)

Variablen	Faktor 1 (Eigenwert 7,60; 47,5 %): **Risikenfaktor I**	Faktor 2 (Eigenwert 1,66; 10,4 %): **Ressourcenfaktor**	Faktor 3 (Eigenwert 1,34; 8,4 %): **Risikenfaktor II**
Risiken Psyche Eltern	**,75876**	-,05285	,29677
Risiken Transaktionen	**,72634**	-,26633	-,06013
Risiken Psyche Kinder	**,72594**	-,14317	,12823
Risiken Beziehungsethik	**,70777**	-,35348	,25824
Risiken Faktisches Kinder	**,60903**	-,33606	,37778
Risiken Faktisches Eltern	**,58961**	-,19888	,45248
Ressourcen Psyche Eltern	-,33270	**,75645**	,09972
Ressourcen Faktisches Kinder	-,32674	**,75393**	-,34735
Ressourcen Psyche Kinder	-,32500	**,73637**	,02674
Ressourcen Biographie Eltern	,12686	**,71835**	-,26354
Ressourcen Biographie Kinder	-,31607	**,66940**	-,37063
Ressourcen Transaktionen	,57300	**,65102**	,09620
Ressourcen Beziehungsethik	**,58563**	**,56728**	-,07552
Ressourcen Faktisches Eltern	**-,48934**	**,46949**	-,38286
Risiken Biographie Kinder	,09169	-,29781	**,80176**
Ressourcen Biographie Eltern	,20981	,09881	**,77753**

Es zeigt sich eine insgesamt homogene Faktorenstruktur und eine weitgehende Unabhängigkeit der Risiken- und Ressourcenratings. Lediglich zwei Variablen (Ressourcen Beziehungsethik und Ressourcen Faktisches Eltern) laden etwa gleichhoch auf dem 1. und 2. Faktor, was darauf hinweist, daß offensichtlich bei diesen beiden Variablen Konfundierungen stattgefunden haben. Als Gesamtes jedoch wird die Qualität des Ratings durch die Faktorenanalyse gestützt.

5.3.3 Rating der subjektiven Einschätzung von Problembelastung und Problemlösekompetenz (EPP)

Es sollte ausgehend von den Transkripten eingeschätzt werden, inwieweit eine Problembelastung in der Familie explizit benannt wird und wie sehr die Familie davon überzeugt ist, diese Probleme aus eigener Kraft bewältigen zu können.

5.3.3.1 Operationalisierung

Die Problembelastung von Familien nimmt in unserer Untersuchung einen zentralen Stellenwert ein. Sie wird über verschiedene Ratings explizit aus Sicht des Forschungsteams erfasst (Ressourcen-Risiken-Rating in der Dimension Faktisches; Erg.Interwiew-Rating zur erlebten Ausländerfeindlichkeit; Symptombelastung Kinder). Aus Sicht der Familien selbst findet es nur Berücksichtigung über die Elternantworten in der CBCL zu emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder. Die Problemlösefähigkeiten der Familie werden implizit im Rating zu Risiken und Ressourcen auf der Ebene der Fakten und der Psyche durch das Team beurteilt. Es erschien uns wichtig, die eigene Ortung der Familien hinsichtlich ihrer Problembelastung und Problemlösekompetenz festzuhalten. Allerdings ist die Außenperspektive auch in diesem Fall nicht gänzlich aufgehoben, da es sich erneut um ein Team-Rating handelt und nicht etwa um eine familiäre Selbsteinstufung, beispielsweise auf einer vorgegebenen Skala.

Tabelle 18: Operationalisierung für das Rating „Subjektive Einschätzung der Problembelastung der Familie“

Skalierung	Operationalisierung
1 = keine	Es werden keine Probleme beklagt. Die Familie gibt sich äußerst unbedarft und zufrieden
2 = geringe	Einige Schwierigkeiten der Familie werden benannt, nicht beklagt.
3 = deutliche	Es werden mehrere Problembereiche benannt (Wohnumfeld, Schule, Arbeit, Fremde...), teilweise auch betont hervorgehoben.
4 = hohe	Viele Probleme werden benannt. Die Familie wirkt klagsam.

Tabelle 19: Operationalisierung für das Rating „Subjektive Einschätzung der Problemlösekompetenz der Familie“

Skalierung	Operationalisierung
1 = kaum	Die Familie äußert sich in schwierigen Situationen als hilflos. Verharrt in Apathie und Untätigkeit. Erduldet Prüfungen schicksalsergeben.
2 = geringe	Die Familie äußert nur ansatzweise Problemlösefähigkeit. Eher klagsam und unterschwellig um Hilfe durch andere bittend.
3 = hohe	Die Familie meint viele Schwierigkeiten selbständig lösen zu können.
4 = sehr hohe	Die Familie meint, mit fast allen Schwierigkeiten aus eigener Kraft klarkommen zu können. Meint, ansonsten bei Bedarf auch Hilfe von außen anfordern zu können, und benennt diesbezügliche Anlaufstellen.

5.3.4 Die Clinical Rating Scale (CRS)

5.3.4.1 Zielsetzung

Mit Hilfe der Clinical Rating Scale (CRS) sollen die untersuchten Familien auf den operationalisierten Dimensionen Adaptabilität und Kohäsion als Merkmale der Funktionalität, bzw. Dysfunktionalität des Familiensystems beschrieben werden.

5.3.4.2 Theoretischer Hintergrund[32]

Die Clinical Rating Scale (CRS) basiert auf dem Circumplex Modell von Olson et al. (1979, 1981, 1985), das deduktiv aus verschiedenen familientherapeutischen und familientheoretischen Konzepten abgeleitet wurde und das Ziel hatte, eine Brücke zwischen der Systemtheorie und der Familientherapie zu schaffen. Nach Olson lassen sich Familien- und Paarsysteme auf zwei Grunddimensionen abbilden, die er als Adaptabilität und Kohäsion beschrieb. Beide Dimensionen werden als kurvilinear bezogen auf die Funktionalität des Familiensystems aufgefaßt. Extreme (d.h. sehr hohe oder sehr niedrige) Ausprägungen auf den jeweiligen Dimensionen sollen demnach v.a. bei dysfunktionellen Systemen beobachtbar sein. Somit wäre dieses Modell im klinischen Bereich hilfreich für die Diagnostik und Therapieplanung.

Unter Kohäsion wird die „emotionale Bindung der Familienmitglieder untereinander“ verstanden. Sie drückt sich aus in den Subkategorien emotionale Bindung (Gefühl der Nähe unter den Familienmitgliedern), gegenseitige Unterstützung, Familiengrenzen nach außen, Zeitgestaltung und Außenbeziehungen (Freunde), Interessen und Freizeitgestaltung (gemeinsam mit der Familie oder individuell). Familiäre Kohäsion kann auf einer 4-stufigen Skala von niedrig bis hoch abgebildet werden. Die beiden Extreme werden in Anlehnung an Minuchin als „losgelöst“ (disengaged), bzw. „verstrickt“ (enmeshed) betitelt, die beiden mittleren Bereiche werden mit „getrennt“ (separated), bzw. „verbunden“ (connected) überschrieben. Bei Familien, in denen Beziehungslosigkeit oder Überidentifikation vorherrsche, sei die Wahrscheinlichkeit einer pathogenen Auffälligkeit einzelner Familienmitglieder größer.

[32] siehe zusammenfassende Darstellung und kritische Diskussion bei Thomas (1988)

Die Dimension Adaptabilität ist definiert als die Fähigkeit des Familiensystems sich gemäß der situativen und entwicklungsbedingten Belastungen hinsichtlich der Machtstrukturen, der Rollenbeziehungen und der Beziehungsregeln zu verändern. Das Ausmaß der Adaptabilität des Familiensystems wird beurteilt anhand der Subkategorien Führung, Kontrolle, Disziplin, Rollen und Regeln. Analog zur Dimension Kohäsion wird die Adaptabilität auf einer 4-er Skala eingeschätzt, die von Rigidität über Strukturiertheit und Flexibilität bis zu Chaos reicht. Auch hier wird angenommen, daß die beiden Extrempole dysfunktionale Systeme kennzeichnen.

Das Circumplex Modell wird aus der Kombination der jeweils vier Bereiche beider Dimensionen gebildet (s. Abbildung 1). Wenn beide Dimensionen extrem hoch oder niedrig ausgeprägt sind, sind pathogene Muster wahrscheinlicher, moderate Ausprägungen auf beiden Dimensionen sind eher bei optimal funktionierenden Familiensystemen zu erwarten. Eine Zwischenposition nehmen Familientypen ein, die auf einer der Dimensionen extrem hoch oder niedrig beurteilt werden, gleichzeitig auf der anderen Dimension als im mittleren Ausprägungsbereich liegend.

Olson et al (1983) gehen davon aus, daß ihr Modell lediglich eine Momentaufnahme des Familiensystems zu einem bestimmten Entwicklungszeitpunkt darstellt. Da Systeme sich sinnvollerweise an situative Veränderungen anpassen sollten, damit ihre Funktionalität erhalten bleibt, sei die Beurteilung der untersuchten Familien auch abhängig von der Zyklusphase in der sich die Familie befindet. So mag in der Anfangsphase einer Ehe ein Paar als chaotisch-verstrickt beschrieben werden können, ohne daß dies auf die Dysfunktionalität des Paarsystems hinweisen müßte. Erst im weiteren Verlauf des Familienzyklus ginge die Belastung einer Familie mit ihrer Abbildung in den Extrembereichen des 4 x 4 Felderschemas einher. Bezogen auf Familien mit adoleszenten Kindern würde dies bedeuten, daß Familien ohne Problembelastung eher in den mittleren Feldern (vorwiegend getrennt, einige verbunden / flexibel und strukturiert) abgebildet sind, während problembelastete Familien die Extreme (verstrickt oder losgelöst / rigid oder chaotisch) bilden.

SCHAUBILD 4: 4x4-Felder-Schema nach Olson: 16 Typen von Familiensystemen

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

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

Um dieses Modell zu überprüfen, wurde von Olson und Mitarbeitern die Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES) entwickelt, ein Fragebogen, der inzwischen in einer zweiten revidierten Fassung (FACES III) Anwendung findet. Als Beobachtungsinstrument wurde analog zu den Subkategorien des Circumplex Modells eine klinische Ratingskala eingeführt, wonach eine Familie auf den Dimensionen Kohäsion und Adaptabilität eingeschätzt werden kann.

Die Kritik am Circumplex Modell betrifft einerseits die Zuordnung der Subkategorien auf die jeweiligen Dimensionen und ihre Operationalisierung, andererseits die Hypothese der Kurvilinearität. Empirirsche Untersuchungen scheinen die Hypothese Olsons zu bestätigen, daß mit Hilfe des FACES III Instruments zwischen Problemfamilien (u.a. Familien von Schizophrenen, Alkoholabhängigen, delinquenten Jugendlichen) und Familien ohne klinische Symptomatik diskriminiert werden kann. Demnach sollen Familien in den mittleren Bereichen besser funktionieren und Problemfamilien eher in den Extrembereichen abgebildet werden. Es fanden sich aber auch Befunde, wonach bestimmte kulturelle bzw. ethnische Gruppen in den USA sehr hohe Kohäsionswerte aufwiesen, aber dennoch nicht als pathologisch zu bewerten wären (z.B. orthodoxe Juden). Olson und Mitarb. (1985) nehmen an, daß auch funktionale Familien in den extremen Bereichen des Modells abgebildet werden können, wenn die normativen Erwartungen der Familien extremes Verhalten auf einer oder beiden Dimensionen unterstützen, mit anderen Worten: auch extreme Familientypen können funktional sein, solange alle Mitglieder des Systems sich damit identifizieren.

5.3.4.3 Ergebnisse aus der Türkei

Anfang der 80er Jahre wurden verschiedene Untersuchungen in der Türkei durchgeführt, wo die Instrumente FACES II und FACES III angewandt wurden. Hervorzuheben sind zwei Arbeiten:

Levi (1984) untersuchte den Kohäsionsgrad klinischer und nicht-klinischer Familien in Istanbul und fand keine der Familien, die sich als losgelöst beschrieb. Vielmehr beschrieben sich 90 % der nicht-klinischen und 70% der klinischen Familien gleicher sozialer Schichtzugehörigkeit als verbunden oder verstrickt. Sie folgert daraus, daß die Dimension Kohäsion kein familiäres Merkmal, sondern eine kulturelle Norm erfaßt. In einer weitergehenden Kritik führt sie aus, daß die Subkategorisierung insbesondere für nicht-amerikanische Familien konzeptuelle Schwierigkeiten aufwirft. So sei z.B. die gemeinsame Freizeitgestaltung einer türkische Unterschichtsfamilie mit sehr beengten Wohnverhältnisse hinsichtlich der „emotionalen Bindung der Familienmitglieder zueinander“ anders zu gewichten, als bei einer amerikanischen Mittelschichtsfamilie.

Fisek (1989) konnte die Unabhängigkeit der beiden Dimensionen Adaptabilität und Kohäsion in ihrer Studie nicht bestätigen. Auch sie fand hohe Kohäsionswerte, die die kulturelle Norm in der Türkei widerspiegelten und nicht mit Problemverhalten der Kinder korrelierten. Zudem fand sie eine hohe Abhängigkeit der Dimension Adaptabilität vom Bildungsgrad der Eltern. Je höher der Bildungsgrad der Eltern sei, umso mehr sei Flexibilität in den Rollenzuweisungen zu erwarten.

5.3.4.4 Operationalisierung

Für die Clinical Rating Scale liegen Operationalisierungen vor, die sich weitestgehend am FACES-Fragebogen orientieren. Für die Dimensionen Kohäsion und Adaptabilität wird von den Autoren eine Ratingskala von 1-8 vorgeschlagen, woraus sich Rohwerte

für die jeweiligen Dimensionen errechnen ließen. Zur Vereinfachung übernahmen wir diesen Operationalisierungsvorschlag, reduzierten die Spannbreite der Ratingskalen aber auf 1-4 (siehe Anhang: Operationalisierung der Dimension Kohäsion nach Thomas, 1988).

Nach Olson wären gemäß dem 4 x 4 - Felder -Schema des Circumplex-Modells (s.o) Familiensysteme einer von drei Kategorien zuzuordnen:

Zentrum: Moderate Ausprägungen auf den Dimensionen Adaptabilität und Kohäsion (getrennt/verbunden und flexibel/strukturiert). Diese vier Felder seien kennzeichnend für optimal funktionierende Familien.

Mitte: Die Kombination einer extremen Ausprägung auf der einen Dimension und einer moderaten auf der anderen Dimension. Auf diesen acht Feldern fänden sich Familien, die noch funktional zu nennen wären.

Extreme: Sehr hohe, bzw. niedrige Ausprägungen auf beiden Dimensionen (chaotisch/rigide und losgelöst/verstrickt) fänden sich insbesondere bei Problemfamilien.

Da allerdings bei Familien aus der Türkei hohe Kohäsionsgrade eher zu erwarten sind und zudem Migrationsbedingungen sowohl einen hohen Zusammenhalt der Familie, aber auch ein stärkeres Festhalten an bekannten Regulationsformen (damit eine stärkere Rigidität) funktional erscheinen lassen, unterteilten wir die mittlere Kategorie in:

eine migrationsadäquate Kategorie: flexibel-verstrickt; strukturiert-verstrickt; rigid-getrennt; rigid verbunden und

eine migrationsinadäquate Kategorie: flexibel-losgelöst; strukturiert-losgelöst; chaotisch-getrennt; chaotisch-verbunden.

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

SCHAUBILD 5: Modifiziertes 4x4-Felder-Schema: 4 Typen von Familiensystemen

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

5.3.5 Rating des Ausmaßes der Symptombelastung von mindestens einem Kind in der Familie (SBK)

5.3.5.1 Zielsetzung

Nach dem Rating jedes einzelnen Familienmitglieds und der Familie insgesamt (Ressourcen-Risiken-Rating, Clinical Rating Scale CRS, Subjektive Einschätzung von Problembelastung u.Problemlösekompetenz EPP) wurde im Team eine Einschätzung dahingehend vorgenommen, ob in der Familie mindestens ein Kind lebt, das als psychisch oder verhaltensauffällig bezeichnet werden könnte, und wenn ja, welches Ausmaß diese Auffälligkeit zeigt. Diese Variable diente im weiteren Auswertungsprozess als ein wesentliches Unterscheidungskriterium für die Feldfamilien.

5.3.5.2 Theoretischer Hintergrund

Obwohl interdisziplinär, ist das Projekt in der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie örtlich angesiedelt und soll sich in den Konsequenzen an die dortige Versorgungspraxis richten, so daß es sinnvoll erscheint, an dieser Stelle das im Rahmen der Institution vermittelte Störungsverständnis zu reflektieren.

Eine theoretische Klarheit über den Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht nicht. Aktuell koexistieren ein **kategorialer** (psychisch Kranke unterscheiden sich qualitativ), ein **dimensionaler** (Extremformen eines Kontinuums werden als krank definiert, d. h. es wird quantitativ unterschieden) und ein **teleologischer** Krankheitsbegriff (die Behandlungsbedürftigkeit, das Leiden definiert die „Krankheitswertigkeit“) (Remschmidt 1988).

An neueren Begrifflichkeiten kommen hinzu ein **prozessualer** (wo die übliche, zu erwartende Entwicklung nicht stattfindet, nicht möglich wird, setzt Krankheit ein) (Schepker und Eggers 1988, Eggers 1996) und ein **dynamischer** (wo das Wechselspiel zwischen protektiven und pathogenen Faktoren zur pathogenen Seite ausschlägt und die Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen im Sinne der „manageability“ nicht mehr gegeben ist) (Antonovsky, vgl. Erstantrag Schepker 1993).

Im Rahmen der frühen Migrationsforschung wurde häufig ein **defizitärer** Krankheitsbegriff zugrundegelegt, d. h., Krankheit wurde als Ausdruck einer Mangelerscheinung, z. B. mangelnder Bewältigung deprivierender Lebensbedingungen durch Migration und von Problemen in der Aufenthaltsgesellschaft, aufgefasst.

Psychoanalytischen und systemischen Modellen ist hingegen ein **kreativer** Begriff immanent: Krankheit wird als Bewältigungsstrategie verstanden, d. h. als eine intraindividuelle Kompromißbildung oder als Bewältigung der Fehlfunktion einer Familie in Form der Störung des „Indexpatienten“, wodurch ein homöostatisches Systemgleichgewicht erhalten bleibt.

Umfassendere Krankheitsmodelle bieten die Gefahr zu großer Pathologisierung. Der auch in der Bezeichnung unseres Ratings verwendete Begriff „Symptom“ ist nicht gleichbedeutend mit „Krankheit“. Es ist gut möglich, daß symptomatische Kinder und Jugendliche selbst psychisch gesund sind, aber als Indexpatient für ein hochpathologisches Familiensystem stehen; es ist möglich, daß sie Anpassungsstörungen nach traumatischen Ereignissen aufweisen, die mit dem Begriff „Störung“ besser beschrieben sind als mit dem Begriff „Krankheit“; es ist auch möglich, daß sie Entwicklungsverzögerungen oder -störungen aufweisen (hierzu gehören z. B. spezifische Entwicklungsstörungen wie Lese-Rechen-Schwäche oder sensomotorische Integrationsstö-

rungen), die den sozialen Erfolg beeinträchtigen; oder auch Geistige Behinderungen, die im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden , aber nicht den Status einer Erkrankung haben.

Jedoch trifft das prinzipielle Dilemma auf die Kategorisierung als „Symptom“ genauso wie auf die als „Störung“ oder „Krankheit“ zu.

Die Notwendigkeit, Verhalten auf dem Hintergrund des jeweiligen kulturellen Umfeldes als „Symptom“ oder als „unauffällig“ einzustufen, verschärft diese Problematik der Kategorisierung.

5.3.5.3 Operationalisierung

Auf der Grundlage der vorangegangenen Ratings (insbesondere des Ratings der individuellen und familiären Ressourcen - ReRi) wurde im Team eine Einschätzung dahingehend vorgenommen, ob in der Familie mindestens ein Kind lebt, das als psychisch oder verhaltensauffällig bezeichnet werden könnte, und wenn ja, welches Ausmaß diese Auffälligkeit zeigt. Falls mehrere Kinder in einer Familie als auffällig eingeschätzt werden mußten, so wurde als Ausmaß das des am meisten belasteten Kindes kodiert.

Da in unserem Feldzugang keine umfassende Einzelfall-Diagnostik durchgeführt werden konnte (hierzu bedürfte es neben einem anderen Setting, auch eines Behandlungsauftrags und einer klinischen Exploration), die explizite Hypothesen zur Ätiologie und Pathogenese (Familiendynamik, Teilleistungsstörungen, Psychosomatosen, Schulschwierigkeiten) oder psychosoziale Versorgungsindikationen (Erziehungsberatung, Psychotherapie, sozialarbeiterische oder heilpädagogische Maßnahmen) zu formulieren erlaubt hätte, wurde allgemein die Einschätzung des psychosozialen Anpassungsgrades gewählt, der wiederum mit bestehenden psychischen Auffälligkeiten in Zusammenhang steht (vgl. Steinhausen 1992). Diese klinische Einschätzung haben wir in Anlehnung an die VI. Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen nach ICD-10 der WHO vorgenommen.

Die Einschätzung soll auf einen kinderpsychiatrischen oder -psychologischen Beratungs- oder Behandlungsbedarf hinweisen und Fälle betreffen, wo soziale Beeinträchtigungen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche auftreten:

Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie;

Bewältigung von sozialen Situationen (allgemeine Selbständigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene und Ordnung);

Schulische, bzw. berufliche Anpassung;

Interessen und Freizeitaktivitäten.

Die VI. Achse des Multiaxialen Klassifikationssystems nach ICD-10 verlangt nach einer Globalbeurteilung der psychosozialen Beeinträchtigung des betreffenden Kindes (Stufe 0-8) . Unser Rating wurde auf einer Skala von 1-4 vorgenommen:

1 = keine Auffälligkeiten (entsprechend den Stufen 0-1 im ICD-10, VI. Achse).

2 = geringe Auffälligkeiten (entsprechend der Stufe 2 im ICD-10, VI. Achse),

3 = deutliche Auffälligkeiten (entsprechend den Stufen 3-4 im ICD-10, VI. Achse),

4 = starke Auffälligkeiten (entsprechend den Stufen 5-8 im ICD-10, VI. Achse),

Die Einschätzung der Symptombelastung mindestens eines Kindes in der Familie - dies soll hier noch einmal ausdrücklich betont werden - bedeutet somit keine Diagno-

se- und Indikationsstellung im engeren Sinne, sondern es ist eine Einschätzung auf dem Hintergrund des oben dargelegten Störungskonzeptes und gemäß der Kriterien der VI. Achse des ICD-10 Klassifikationssystems. Das dem Rating zugrunde liegende Datenmaterial besteht aus den transkribierten Interviewprotokollen, den szenischen Eindrücken des Interviewers/der Interviewerin und den Zusatzinformationen der Co-Interviewer/-innen. Die Antworten der Eltern zur CBCL und die Angaben der Kinder zur LOC-Skala waren zur Zeit des Ratings zumeist unbekannt und wurden **nicht** berücksichtigt. Allerdings besteht eine sehr hohe Übereinstimmung mit dem Rating zu den Risiken und Ressourcen der Kinder auf der Dimension „Psyche“ (ReRi) dahingehend, daß dort, wo eine deutliche bis starke Symptombelastung (SBK > 2) eingeschätzt wurde, mindestens eines der im ReRi-Rating erfassten Kinder auf der Dimension „Psyche“ hohe bis sehr hohe Risiken (> 2) aufwies und die Ressourcen zur Kompensation dieser Risiken als nicht ausreichend (Risiken>=Ressourcen) codiert worden waren.

In der folgenden Tabelle sind die Operationalisierungen mit konkretisierten Ankerbeispielen für die Skala SBK dargestellt.

Tabelle 20: Operationalisierung und Ankerbeispiele für das Rating „Symptombelastung mindestens eines Kindes der Familie (SBK)“

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1 = keine	Soziale Anpassung auf allen Gebieten gut	3. Tochter „gut geraten“, reflektiert, kritisch. Kann ihre altersadäquaten Freiräume nutzen und äußert gute und realistische Zukunftsvorstellungen. (Familie 52)
2 = gering	Nur leichte soziale Beeinträchtigungen in mindestens einem oder zwei der o. g. Bereiche	Beide Kinder aus erster Ehe sind übergewichtig. Sohn sehr zurückhaltend, nimmt erst nach Aufforderung am Interview teil. Tochter offener, berichtet gegen Ende des Interviews zaghaft über therapeutische Vorerfahrungen. (Familie 46)
3 = deutlich	Kinderpsychiatrischer oder -psychologischer Beratungsbedarf; mäßige bis deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem der o. g. Bereiche	2. Sohn psychomotorisch unruhig, läuft während des Interviews mehrmals aus dem Raum, unterbricht Gespräche, vermeidet Blickkontakt, massive Schulschwierigkeiten wegen Konzentrationsstörungen. (Familie 58)
4 = stark	Kinderpsychiatrischer oder -psychologischer Behandlungsbedarf; soziale Beeinträchtigungen in den meisten der o. g. Bereiche tiefgreifend und schwerwiegend	3. Tochter seit 6 Monaten mit vital bedrohlicher Symptomatik zeitgleich mit 1. Verliebheit: massiver Gewichtsverlust, sozialer Rückzug, Freistellung von Schulbesuch. Mehrere Behandlungsangebote abgebrochen. (Familie 49)

5.3.6 Rating Kenntnis psychosozialer Angebote (KPA)

Ausgehend von den Transkripten und von Informationen aus dem ersten Hausbesuch wurde der Bekanntheitsgrad sozialberaterischer und psychosozialer Institutionen (einschließlich des türkischsprachigen Versorgungsangebots unserer Klinik) und den Kenntnissstand über psychotherapeutische Maßnahmen in den untersuchten Feldfamilien bestimmt. Hauptquellen hierfür waren hypothetische Fragen („Was wür-

den Sie einer befreundeten Familie raten, deren Kind...“), direkte Fragen zur Kenntnis psychiatrischer Einrichtungen in der Türkei und in Deutschland und Fragen zu Vorstellungen über die Art und Qualität psychotherapeutischer Kontakte. Maßgebend waren die Angaben der Familie insgesamt, d.h. für die Operationalisierung (siehe u., 1. Tabelle) reichten auch Angaben eines einzelnen Familienmitglieds (z.B. des Sohnes) aus.

Unter ***sozialberaterischen Institutionen*** wurden neben den Sozialberatungsstellen der Arbeiterwohlfahrt (Türkdanis), auch die Beratungsangebote des Jugendamtes und schulische Maßnahmen, wie Förderunterricht (z.B. an der GHS Essen) oder Hausaufgabenhilfen (z.B. der Regionalen Arbeitsstelle zur Förderung Ausländischer Schüler RAA) subsumiert.

Als ***psychosoziale Versorgungsangebote*** im engeren Sinne wurden beispielsweise definiert: Haus- und Kinderärzte, wenn sie zur Konsultation bei psychosozialen Fragestellungen genannt wurden, Nervenärzte, Erziehungsberatungsstellen, Drogenhilfe, Telefonseelsorge, psychiatrische Institutionen.

Mit ***Psychotherapie*** waren Verfahren gemeint, die mit Hilfe psychologischer Methoden wie Gesprächen oder non-verbaler Kommunikation im Kontakt mit einem Professionellen Einfluß auf seelische Störungen zu nehmen trachten.

Zwei Items zu Beginn des Ratings sollten weniger den Kenntnisstand, als vielmehr ***familiäre*** und ***tradierte*** Problemlösestrategien erfassen. Die Operationalisierung dieser beiden Items erwies sich jedoch als problematisch. Gemäß den aus der Literatur bekannten Regulationsmechanismen von Familien aus der Türkei könnte die oral-materielle Verwöhnung der Kinder oder die Inanspruchnahme magisch-ritueller Heilmethoden zu den traditionell überlieferten Handlungsweisen bei Problemen gezählt werden. Andere Lösungsversuche, wie z.B. das Zurückschicken von auffälligen Kindern zu Familienangehörigen ins Heimatland sowie die Verheiratung „heißblütiger“ Söhne oder geschlechtsreifer Töchter mit Gleichaltrigen aus der Türkei, wären nicht nur eine traditionelle Problemlösestrategie, sondern ergäben sich aus dem Migrationsstatus selbst. Als besonders schwierig erwies es sich, im weitesten Sinne als traditionell definierte Regulationsmechanismen von innerfamiliären abzugrenzen, da bei dieser Vorgehensweise die Gefahr einer künstlichen Trennung von Familie und Kultur besteht. Diese Schwierigkeiten führten auch im Ratingteam immer wieder zu kontroversen Diskussionen, so daß es nicht gelang, eine verbindliche Operationalisierung zu erarbeiten. Somit bleibt die Auswertung dieser Fragestellung in den Interviews einer qualitativen Analyse überlassen.

Als letztes wurde ein Item hinzugefügt, in dem festgehalten wurde, ob das muttersprachliche Versorgungsangebot unserer Institutsambulanz der Familie bekannt war.

Tabelle 21: Operationalisierung der Skalen des Ratings KPA

Skalierung	Operationalisierung
1= keine Kenntnisse	Versorgungsangebote sind nicht bekannt
2= wenig Kenntnisse	Versorgungsangebote werden zwar benannt, jedoch besteht Unkenntnis über Ziele und Inhalte
3= mäßige Kenntnisse	Versorgungsangebote werden benannt, Kenntnis über Ziele und Inhalte sind vage
4= differenzierte Kenntnisse	Unterschiedliche Versorgungsangebote werden benannt, die Inhalte und Ziele sind jeweils bekannt

Tabelle 22: Beispiele für die Operationalisierung des Ratings KPA

Skalierung	Nennung sozialberaterischer Angebote	Nennung psychosozialer Angebote	Vorstellungen über Psychotherapie
1	Wenn der Junge faul ist, da kann man nichts machen. Das ist dann in ihm.	Da müssen sich die Eltern mehr kümmern. Oder zur Polizei gehen.	Psychotherapie? Weiß ich nicht.
2	Da sollte man mal mit dem Lehrer sprechen.	Die Eltern sollten zum Arzt, und wenn der auch nicht weiter weiß - was soll ich ungebildeter Mensch da schon raten?	Psychotherapie, wenn man seelische Probleme hat. Was da genau passiert weiß ich nicht. Gibt man wohl Spritzen oder so.
3	Bei sowas gehe ich immer zu Ahmet Bey (RAA), der weiß schon weiter.	Da gehe ich zu meinem Hausarzt, daß der mich zu einem Fachmann schickt.	Psychotherapie, da wird doch geredet, da kann man sich mal die Last vom Herzen reden.
4	Ein Nachbarkind geht in den Förderunterricht der Uni und hat jetzt bessere Noten. Aber der war auch immer lieb. Der schwänzte nie die Schule.	Über Drogen und Drogenberatungsstellen wurde in der Klasse diskutiert. Ich würde den dorthin schicken. Der bräuchte ja erstmal einen Entzug, und dann kann man gucken, warum er das macht.	Als ich in der Klinik war, da hatten wir Einzel- und Gruppengespräche.

5.3.7 Rating Inanspruchnahme psychosozialer Angebote durch Ambulanzpatienten (IPA)

In Anlehnung an das Rating KPA wurden die Ambulanzpatienten hinsichtlich ihrer bisherigen Inanspruchnahme psychosozialer Dienste und Institutionen beurteilt. Die Formulierungen der items wurden demgemäß verändert, daß nicht nach Kenntnissen, sondern nach bisher gemachten Erfahrungen gefragt wurde. Damit sind die beiden Ratinginstrumente KPA und IPA nicht direkt miteinander vergleichbar.

Im Vordergrund stand die Inanspruchnahme der verschiedenen Beratungsmöglichkeiten vor dem Aufsuchen unserer Institution im Hinblick auf das bei der Vorstellung in unserer Klinik präsentierte Problem[33].

Auch am Anfang dieses Ratings standen zwei Items, die ***familiäre*** und ***tradierte*** Problemlöseversuche erfassen sollten. Die Kritik an diesen Items im vorangehenden Kapitel ist auch hier gültig. So wurde im Auswertungsprozess auf die weitere quantitative Verwertung dieser beiden Items ebenso verzichtet.

Es wurden zwei Items hinzugefügt, die zum einen die überweisende Stelle benannten, und zum anderen, ob das muttersprachliche Versorgungsangebot unserer Institutsambulanz vor dem Erstkontakt der Familie bekannt war.

[33] zur Operationalisierung der jeweiligen Institutionen siehe Kapitel 5.3.6.

Tabelle 23: Operationalisierung der Skalen des Ratings IPA

Skalierung	Operationalisierung
1= keine Nutzung	Institutionen sind nicht bekannt oder werden als inadäquat abgelehnt.
2= inadäquate Nutzung	Institutionen wurden aufgesucht, adäquate Lösungen wurden nicht entwickelt, bzw. nicht umgesetzt.
3= mäßig-adäquate Nutzung	Institutionen wurden sporadisch genutzt, eine längerfristige Anbindung fand nicht statt oder Probleme konnten nur zum Teil gelöst werden.
4= adäquate Nutzung	Versorgungsangebote werden benannt, das Angebot wurde bis zur Lösung des Problems oder bis zur Erschöpfung der institutionellen Möglichkeiten genutzt

Tabelle 24: Beispiele für die Operationalisierung des Ratings IPA

Skalierung	Nennung sozialberaterischer Angebote	Nennung psychosozialer Angebote	Vorstellungen über Psychotherapie
1	In der Türkei die Lehrer sind ganz anders. Da würde er im Unterricht nicht stören.	Das mit dem Einnässen wird schon von selbst aufhören. Mein Mann hat ja auch bis zum Alter von 12-13 Jahren eingenäßt.	Der Arzt hat uns ja damals zu Frau O. geschickt. Aber mein Junge ist doch nicht verrückt.
2	Da gehen wohl so Kinder nachmittags hin und machen ihre Hausaufgaben. Aber er will da nicht hingehen. Es ist ja auch ein weiter Weg.	Der Arzt sagte, wir sollten den in der Nacht wecken und zur Toilette bringen. Ich schaffe es aber nicht jede Nacht, ich bin ja berufstätig.	In der Beratungsstelle haben die uns alles mögliche gefragt. Dann sollte der Junge auch dorthin kommen. Aber da haben die ja nur gespielt. Deswegen haben wir ihn da nicht mehr hingebracht.
3	Durch die Hausaufgabenhilfe sind ja seine Noten besser geworden. Aber die Lehrerin sagt, daß er immer noch den Unterricht störe.	Der Kinderarzt hat ein Medikament verschrieben. Ganz aufgehört hat das Einnässen aber nicht.	Und wenn es wieder schlimmer wurde, sind wir immer zu Herrn A. gegangen. Der sagte aber, daß es so nicht mehr weiter geht.
4	Wir hatten viele Gespräche mit dem Vertrauenslehrer. Es hat sich dann auch sehr gebessert, aber dann bekam er wieder Kontakt zu seinen alten Freunden.	Der Kinderarzt hat eine Klingelhose verschrieben, aber es half nichts.Wir sind zu Ihnen gekommen, weil vielleicht hat das ja mit seelischen Problemen zu tun	Wir waren dann bei der Frau K., wo wir Familiengespräche hatten. Und mit der Tochter haben wir ja jetzt keine Probleme mehr.

5.3.8 Kontextvariablen: Ergänzendes Interviewrating (EIR)

Sowohl im Anschluß an die beiden Hausbesuche, als auch gegen Ende der intensiven Ratingsitzungen ergaben sich Eindrücke vom Leben der Familie, ihrer Art der Kontaktaufnahme zu und der Selbstdarstellung gegenüber den Interviewern, Eindrücke vom Familienklima und der kulturellen Orientierung(en) der einzelnen Familien-

mitglieder - kurzum Informationen über Atmosphärisches und Metakommunikatives, was zur Gesamteinschätzung der Familie bedeutsam, andernorts in den Ratings aber nicht erfaßt worden war.

Anhand des szenischen Protokolls, das der Interviewer im Anschluß an den zweiten Hausbesuch verfaßt hatte und im Anschluß an das Rating und die Diskussion der Familie im Team, wurde ein zusätzliches Rating zu ergänzenden Kontextvariablen durchgeführt. Die einzelnen Items des Ratings betreffen einmal interaktionelle und Familienklima-Variablen, zum andern den Assimilationsgrad der jeweiligen Familie in Deutschland. Diese operationalisierten, ergänzenden Kontextvariablen wurden im Anschluß an die Vorstellung der Familie im Team geratet. Dies stellte einen Quantifizierungsschritt aus dem Verständnis der Familie dar, das aus der szenischen Information, die nach dem Hausbesuch schriftlich festgehalten und in der Ratingsitzung berichtet worden war, aus den Eindrücken beim Abhören der Bänder und durch die Teamdiskussion gewonnen wurde.

5.3.8.1 Familienklima-Variablen

Die Familienklima-Variablen (emotionale Atmosphäre, Zufriedenheit, Zukunftsoptimismus, Realisierbarkeit von Plänen) wurden erfasst, um zu beschreiben, wie sich die Familie in ihrer Gesamtheit nach außen, d.h. konkret gegenüber besuchenden Interviewern, präsentiert. Bei diesen Items wird im Gegensatz zu den nach der Inhaltsanalyse der Tonbandtranskripte eingeschätzten Kategorien des Ressourcen- und Risikenratings (ReRi) mehr vom „Eindrucksdifferential“ der Interviewer ausgegangen, das noch am stärksten vom subjektiven Empfinden des Raters abhängt und nur geringfügig in der Teamdiskussion korrigiert werden kann.

Neben diesen allgemeinen Familienklima-Variablen wurde auch eingeschätzt, inwieweit sich zwischen den Subgruppen oder auf den jeweiligen Hierarchieebenen Konflikte und konfliktuöses Verhalten bemerkbar machen.

In den folgenden Tabellen sind Operationalisierungen für die 4er-Operationalisierung der Familienklimavariablen aufgeführt. Ankerbeispiele sollen auch hier die Operationalisierungen nachvollziehbar und überprüfbar machen.

*Tabelle 25: Operationalisierung zum Rating der **emotionalen Wärme** in der Familie.*

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1	Sehr angespannte Familienatmosphäre mit Unvorhersagbarkeit des Verhaltens mächtiger Familienmitglieder. Wenig Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse anderer, permanente Gefahr übergriffigen Verhaltens.	Vater beschimpft laut und ununterbrochen „alles und jeden“, Kinder ducken sich, zeigen Angst vor Schlägen, Mutter schweigt oder klagt.
2	Jedes Familienmitglied scheint aufgehoben zu sein, sein Platz ist selbstverständlich. Dennoch zeigt sich wenig Bemühen umeinander, die Beziehungsgestaltung trägt deutlich instrumentelle Züge.	Zuneigung und gegenseitige Sorge zeigen sich nur in oraler Versorgung.
3	Insgesamt herrscht ein warmes Klima vor, doch sind auch Dissonanzen spürbar, die zuweilen die Atmosphäre in der Familie als unterschwellig angespannt erscheinen lassen.	Selten Abwertungen und gegenseitige Schuldzuweisungen zwischen Mutter und Tochter. Insgesamt herzliche Atmosphäre.

4	Es herrscht ein herzliches Klima, Familienmitglieder machen den Eindruck des gegenseitig Aufgehobenseins.[34]	Körperkontakt zwischen Mutter und Tochter, Vater betreut den Säugling liebevoll, gegenseitige Stützung und Aufwertung aller Familienmitglieder.

*Tabelle 26: Operationalisierung zum Rating des Grads an **Zufriedenheit** in der Familie*

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Die Familie wirkt deutlich unzufrieden in den meisten Lebensaspekten. Klagen werden deutlich vorgetragen und sind dominierend. Manchmal erscheint es so, als wäre die Familie um die eigene Unzufriedenheit gruppiert.	Ständiges Klagen aller Familienmitglieder über die momentane Lebens-, Arbeits-, und Schulsituation sowie über Ausländerfeindlichkeit.
2	Klagen überwiegen Aspekte von Zufriedenheit in der Familie als Gesamtes. Einzelne Familienmitglieder mögen dennoch individuelle Lösungen gefunden haben.	Eltern mit den Schulleistungen und Freunden der Kinder unzufrieden, Mutter schimpft über Vater, Vater alleine wirkt gelassen, recht zufrieden, nur selten anwesend.
3	Trotz Unzufriedenheit mit einigen Aspekten des Lebens wirkt die Familie insgesamt recht zufrieden.	Vater ist unzufrieden mit seiner Arbeitssituation, sonst keine Klagen.
4	Die Familie wirkt deutlich zufrieden und in sich ruhend.	Familienmitglieder in sich ruhend, ausgeglichen.

*Tabelle 27: Operationalisierung des Ratings zur **Zukunftsorientierung** der Familie.*

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Über die Zukunft wird kaum nachgedacht, wenn, dann mit deutlichem bis starken Pessimismus. Die Vergangenheit oder das nicht gelebte Leben im Herkunftsland werden idealisiert und verklärt.	Einschätzung der Eltern, daß Sohn mit Leistungsproblemen auf der Hauptschule in der Türkei die Hochschule hätte besuchen können und die materielle Versorgung der Familie dort gesicherter wäre.
2	Zukunftserwartungen werden von der Familie zwar formuliert, doch meist mit Zweifeln am guten Ausgang. Die Vergangenheit wird deutlich positiver wahrgenommen, das Leben tendenziell als Folge verpasster Chancen.	Chaotische Familie, in der die Kinder nicht mehr reguliert werden; die Eltern sind überzeugt, daß es in der Türkei keine Probleme gegeben hätte.
3	Die Zukunftserwartungen der Familie erscheinen insgesamt hoffnungsvoll, manchmal werden aber auch starke Zweifel an der Realisierbarkeit laut.	Planung einer akademischen Berufslaufbahn der Tochter (als Verwirklichung des Migrationsziels), die in der Hauptschule mittelmäßige Leistungen erbringt.

[34] Hilfsfrage: Wären Sie gerne Mitglied dieser Familie?

4	Die Familie zeigt grosses Vertrauen auf eine gute Entwicklung des Systems und der Einzelnen. Sie scheint sicher zu sein, daß gesetzte Ziele erreicht werden und es werden optimistische Phantasien über die nächsten Jahre geäußert.	Trotz momentaner mäßiger Leistungsprobleme der pubertierenden Tochter wird von deren guten Schul-abschluß ausgegangen, da erwartet wird, daß sie sich mit zunehmenden Alter (wie der ältere Bruder) wieder fängt; materielle Absicherung in Deutschland und der Türkei.

*Tabelle 28: Operationalisierung zum Rating des **Realitätsbezugs** familiärer Erwartungen an die Zukunft.*

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Überschätzung kindlicher Bildungsoptionen und beruflicher Karrierechancen relativ zu den Möglichkeiten. Unrealistische Erwartungen an Rückkehrmöglichkeiten und Lebensstandard im Herkunftsland.	Vater nicht anwesend, bis auf Sohn 3 haben alle Kinder Schulprobleme oder sind arbeitslos, Sohn 5 ohne Aufenthaltsgenehmigung hier; Familie erwartet eine Lösung ihrer Probleme von den deutschen Behörden.
2	Einzelerfahrungen werden unrealistisch übertragen. Vielfach ergeben sich bei den Ratern Zweifel an der Realsierbarkeit familiärer Ziele und Erwartungen.	Nachdem die Nachbarstochter von der Sonderschule auf die Hauptschule gewechselt ist, gehen die Eltern davon aus, daß der schwer lernbehinderte Sohn dies im nächsten Schuljahr auch schafft.
3	Wunschdenken bei einzelnen Familienmitgliedern, das System Familie hat sich einen Realitätsbezu aber weitgehend erhalten.	Explizit aktiver Wunsch der Eltern im Großfamilienverband zu leben, wobei die Frau von Sohn1 kurz nach ihrer Heirstamigration aus der Türkei den Umzug in eine eigene Wohnung durchgesetzten konnte.
4	Die Erwartungen der Familie an die künftige Entwicklung sind realistisch, die Differenzierungsfähigkeit zeigt sich auch in der Antizipation möglicher Hindernisse.	Gut vorbereitete Rückkkehrpläne der Eltern nach Beendigung der Berufsausbildung der leistungsstarken Kinder mit geplanten regelmäßigen Besuchen bei Aufrechterhaltung der Aufenthaltsgenehmigung .

*Tabelle 29: Operationalisierung des Ratings zum Ausmaß von Auseinandersetzungen auf der Paarebene (**Konflikte zwischen den Eltern**)*

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Zwischen den Eheleuten ist kaum eine konfliktuöse Anspannung zu spüren. Die Beziehung wirkt insgesamt harmonisch.	Harmonisch getragene gemeinsame Alltagsbewältigung, nur kleinere Konflikte werden nicht immer ausgetragen.
2	Eine harmonische Paarbeziehung, wo Konflikte manchmal massiv ausgetragen werden.	Keine Einigkeit betreffend Umgang mit Lernschwiergkeiten bei Sohn 2, ansonsten unproblematische Eltern- und Partnerschaft.
3	Die Beziehung ist geprägt von vielfachen Auseinandersetzungen, die die Ehe dennoch nicht gefährden. Es besteht die Gefahr symmetrischer Eskalationen mit rigidem Festhalten beider an eigenen Positionen.	Immer wierderkehrende Ehestreitigkeiten bezüglich des Umgang mit behindertem Sohn.

4	Schon gegensätzliches Antwortverhalten im Interview.Unterschwelliges Äußern von Mißfallen an Äußerungen oder Verhaltensweisen des anderen. Mißtrauen, massive Auseinandersetzungen und Entwertungen prägen die Ehe.	Ständiger Streit, da der Vater sich kaum um die Familie kümmert, Mutter vermutet eine Freundin.

*Tabelle 30: Operationalisierung des Ratings zum Ausmaß von **Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kindern***

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Konflikte zwischen Eltern und Kindern sind selten, es kommt kaum zu intergenerationellen Auseinandersezungen. Vielmehr prägen gegenseitiges Akzeptieren und respektvoller Umgang miteinander das Familienleben.	Meinungsverschiedenheiten sind zwischen den Subsystemen adäquat aushandelbar
2	Gelegentlich kommt es zu Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kindern, dennoch dominieren sie nicht das Familienklima.	Hin und wieder Auseinandersetzungen wegen Leistungsproblemen von Tochter 2, der Faulheit unterstellt wird.
3	Vielfach und auf bestimmte Konfliktfelder beschränkt ergeben sich Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kindern	Immer wiederkehrende Auseinandersetzungen um Ausgangsregeln der Söhne und wegen italienischer Freundin von Sohn 1.
4	Zwischen Eltern und Kindern bestehen beständige Konflikte, verhärtete Fronten mit gegenseitiger Entwertung und drohenden aggressiven Entäußerungen.	Ständiger Streit wegen Nichtstun und Drogenabhängigkeit von Sohn1 und S2.

*Tabelle 31: Operationalisierung des Ratings zum Ausmaß von Auseinandersetzungen auf der Kinderebene (**Konflikte zwischen den Kindern)***

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Auseinandersetzungen zwischen den Geschwistern sind selten. Hierarchie auf der Subebene wird allgemein respektiert.	Die älteren Geschwister kümmern sich liebevoll um die kleine Schwester. Geschwisterrivalität kaum zu spüren.
2	Gelegentlich kommt es zu Auseinandersetzungen zwischen den Geschwistern, was auch den Charakter von „Machtkämpfen“ haben kann. Es dominiert aber positive Verbundenheit unter den Geschwistern.	Der jüngste Sohn wird von den älteren gelegentlich drangsaliert und geschlagen.
3	Oft und auf bestimmte typische Konfliktfelder beschränkte Auseinandersetzungen. Die Loyalitätsbeziehungen untereinander sind beschränkt. Machtkämpfe werden z.T. vehement ausgetragen.	Kinder schwärzen sich gegenseitig bei den Eltern an bezüglich verbotener Außenaktivitäten.
4	Es herrscht eine starke Geschwisterrivalität mit Eifersucht und Haßgefühlen. Zusammenhalt unter den Geschwistern ist nur im Falle von Koalitionen gegen einen anderen zu beobachten. Auseinandersetzungen haben auch oft tätlichen Charakter.	Starke Geschwisterrivalität, viele Abwertungen bei engen Wohnverhältnissen und von den Eltern erzwungenen gemeinsamen Aktivitäten.

5.3.8.2 Kultureller Habitus

Der kulturelle Habitus war notwendig zu erfassen, da dieser Kategorie in der wissenschaftlichen Diskussion um Migrationsfolgen hohe Bedeutung zugemessen wird. Hierbei wurden verschiedene kulturelle Haltungen gezielt nicht als sich ausschließend, sondern als möglicherweise coexistent codiert.

Die nachfolgende Operationalisierungen (Tabelle 32 und 33 für die Eltern und 34 und 35 für die Kinder) waren Grundlage einer Auswertung hinsichtlich des Assimilationsgrades in den Abstufungen von Berry (Integration, Assimilation, Separation, Marginalisierung – Berry et al 1993), wenn man beide Dimensionen in einem 4-Felder-Schema kombinierte.

Erfahrungen mit Ausländerfeindlichkeit und der Umgang damit sowie Mißtrauen gegenüber der deutschen Umwelt wurden unter der Annahme miterhoben, daß dies das Interviewverhalten und die Grundfragestellung der Studie beeinflussen könnte. Die Einführung dieser Items (erst nach dem achten Interview) ist auf den Brandanschlag in Solingen zurückzuführen.

*Tabelle 32: Operationalisierung des Ratings zur **kulturellen Orientierung der Eltern an den Normen und Werten der Herkunftsgesellschaft***

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Die Eltern betonen Werte und Normen der Herkunftsgesellschaft gar nicht.	Familie armenischer Herkunft lehnt sowohl armenische als auch islamische und „traditionell türkische“ Haltungen klar ab.
2	Die Eltern betonen Werte und Normen der Herkunftsgesellschaft mäßig/wenig.	Vater geht ins türkische Café.
3	Die Eltern betonen Werte und Normen der Herkunftsgesellschaft deutlich.	Klarer Rückzug der 60jährigen Eltern auf die Rolle der traditionellen Großeltern, ohne daß die Individuationsbestrebung der jüngsten (18 -jährigen) Tochter eingeschränkt ist.
4	Starke Orientierung an den Normen und Werten der Herkunftsgesellschaft (wie z.B. ausschließliche Nutzung monoethnischer Infrastruktur).	Vater mit 32 Jahren bereits auf der „Hac“ gewesen, islamische Werte werden betont, Familie lebt wie im Dorf in der Türkei, Kontakte fast ausschließlich innerhalb der Ethnie. Die Wohnung und die Kleidung demonstrieren die kulturellen Besonderheiten stark, keinerlei kritische Distanz zur Heimat

*Tabelle 33: Operationalisierung des Ratings zur **kulturellen Orientierung der Eltern an den Normen und Werten der Aufnahmegesellschaft***

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Die Eltern betonen autochtone Werte und Normen der BRD gar nicht.	Deutliche Abgrenzung zur deutschen Umwelt, keine Auseinandersetzung.
2	Die Eltern betonen autochtone Werte und Normen der BRD mäßig/wenig.	Bewußtes partielles Einlassen der Eltern auf die deutsche Kultur, um den Kindern das Fortkommen in Deutschland zu erleichtern .

3	Die Eltern betonen autochtone Werte und Normen der BRD deutlich.	Mobilitäts- und Bildungsbestrebungen der Kinder werden unterstützt
4	Starke Orientierung an den Normen und Werten der BRD, was neben den Äußerungen im Interview auch an Kleidung, Wohnungseinrichtung und Sprachgebrauch deutlich wird.	Vater als Filmproduzent tätig, fordert alterstypisch „deutsches“ Teenager-Verhalten bei seiner Tochter, Familiensprache Deutsch.

*Tabelle 34: Operationalisierung des Ratings zur **kulturellen Orientierung der Kinder an den Normen und Werten der Herkunftsgesellschaft** (der Eltern).*

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Die Kinder betonen Werte und Normen der Herkunftsgesellschaft gar nicht.	Keine Bezugnahme auf kulturelle Herkunft der Eltern.
2	Die Kinder betonen Werte und Normen der Herkunftsgesellschaft mäßig/wenig.	In Opposition zu den Eltern weitgehende Ablehnung der traditionellen Werte und Normen.
3	Die Kinder betonen Werte und Normen der Herkunftsgesellschaft deutlich.	Nach Abwesenheit der Tochter übernimmt Sohn1 selbstverständlich die Bewirtung der Gäste, Kinder besuchen Korankurs gerne, Zimmer der Kinder dekoriert mit Bildern von deutschen und türkischen Fußballspielern.
4	Starke Orientierung an den Normen und Werten der Herkunftsgesellschaft (wie z.B. monoethnische Cliquenzugehörigkeit, ausschließliche Beschäftigung mit „türkischer Musik“, türkische Sportgruppe).	Sohn hat sein Zimmer mit türkischer Fahne und Atatürk-Bild dekoriert, Gürtelschnalle mit Halbmond und Stern, hört fast ausschließlich türkische Popmusik.

*Tabelle 35: Operationalisierung des Ratings zur **kulturellen Orientierung der Kinder an den Normen und Werten der Aufnahmegesellschaft***

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Die Kinder betonen autochtone Werte und Normen der BRD gar nicht.	Söhne leben ihr Leben auf die türkische Kleinfamilie ausgerichtet, nur gelegentlicher Kontakt (z. B. Schule Sohn 2) mit der deutschen Umwelt.
2	Die Kinder betonen autochtone Werte und Normen der BRD mäßig/wenig.	Tochter trägt kein Kopftuch, um in der deutschen Öffentlichkeit nicht diskriminiert zu werden.
3	Die Kinder betonen autochtone Werte und Normen der BRD deutlich.	Kinder äußerlich von Deutschen nicht zu unterscheiden, S1 in der Schul-Theatergruppe, S3 im deutschen Fußballverein, Freundeskreis der Kinder international.
4	Starke Orientierung an den Normen und Werten der BRD, was neben den Äußerungen im Interview auch an Kleidung, Zimmereinrichtung und Sprachgebrauch deutlich wird.	„IKEA“-Zimmer, wenig Kenntnisse und Gebrauch der türkischen Sprache, deutscher Freundeskreis, Sohn mit deutscher Freundin.

*Tabelle 36: Operationalisierung zum Rating des Grades an subjektiv empfundener **fremdenfeindlicher Bedrohung** bzw. Beklagen von Ausländerfeindlichkeit*

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Familie zeigt keinerlei Betroffenheit, verneint diesbezügliche Fragen.	„Unsere Familie ist noch nie schlecht behandelt worden, nur weil wir Ausländer sind“.
2	Es wird zwar Gesellschaftskritik geübt, ohne jedoch persönliche Betroffenheit zu zeigen.	Deutliche Kritik der Eltern an der fehlenden Möglichkeit der politischen Beteiligung von Migranten.
3	Familie zeigt sich von Fremdenhass und Rassismus betroffen und erwähnt geringe Einschränkungen im Alltag	Abends werden die Rolladen früh heruntergelassen, nachdem Farbbeutel an das Haus geworfen wurden.
4	Betroffenheit wird explizit geäußert, und deutliche Einschränkungen im Alltag werden beklagt.	Vater beteiligt an „Nachtwache“ in der Kolonie, Mutter und Kinder verlassen in der Dunkelheit nicht mehr allein das Haus, nachdem sie mehrmals angepöbelt wurden.

*Tabelle 37: Operationalisierung des Ratings zum Ausmaß des **unberechtigten Mißtrauens** gegenüber der deutschen Umwelt.*

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Berechtigtes oder fehlendes Mißtrauen.	Differenzierte Einschätzung von kulturell bedingten Mißverständnissen bezüglich Zielen bei der Kindererziehung.
2	Leichtes Mißtrauen aufgrund kultureller Mißverständnisse oder zu sehr verallgemeinerter konkreter Erfahrungen.	Adoleszenten Kindern gegenüber wird Begrenzung des Ausgangs am Abend mit Angst vor ausländerfeindlichen Übergriffen begründet .
3	Mißtrauen wird häufig geäußert, meist auf einige spezifische Bereiche begrenzt.	Nach schlechten Erfahrungen in der Klinik Mißtrauen gegenüber dem deutschen Gesundheitswesen.
4	Hohes Erleben kultureller Fremdheit, Überschätzen von Gefahren, starke Abwertung, Mißdeutung von Hilfangeboten.	Schulschwierigkeiten der Kinder allein auf deren Ausländerstatus bezogen, aus Angst vor ausländerfeindlichen Übergriffen darf die 12jährige Tochter ihr Schulfreundin nicht mehr besuchen.

*Tabelle 38: Operationalisierung des Ratings zum Grad der **Offenheit** der Familie gegenüber den Interviewern.*

Skalierung	Operationalisierung	Beispiele
1	Die Familie erscheint mißtrauisch. Die Antworten fallen sehr knapp aus, manchmal wird ausweichend, manchmal sehr oberflächlich beantwortet. Fast alle tiefergehenden Fragen werden undifferenziert und im Sinne sozialer Erwünschtheit beantwortet.	Aus Angst vor Kontrolle durch eine deutsche Institution antwortet Mutter nur einsilbig, hat sich einen Freund der Familie zur Unterstützung im Interview hinzugebeten.

2	Die Familie ist gesprächig, doch werden einige Themen ausgespart. Höflichkeit bestimmt die Interviewatmosphäre mit starker Distanz zu den Interviewern.	Viele Konflikte zwischen Vater und Söhnen werden angedeutet, der jüngste Sohn wird bei deren Erwähnung zum Schweigen aufgefordert.
3	Die Familie beantwortet die meisten Fragen, einige wenige Themen bleiben unbeantwortet und die Gesprächsatmosphäre relativ distanziert.	Es bleibt unklar, wo und womit der Vater die (viele) Zeit außerhalb der Familie verbringt.
4	Die Gesprächsatmosphäre ist familiär. Es wird kein Blatt vor den Mund genommen. Die Antworten sind differenziert und selbst tendenziell schambesetzte Themen können erörtert werden.	Konflikt zwischen Tochter und Vater wurde im Interview offen angesprochen und adäquat diskutiert.

5.3.9 Kontrollüberzeugungen Jugendlicher(LOC)

Alle Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren bekamen einen für Jugendliche türkischer Herkunft normierten bilingualen Fragebogen (Schepker 1995, Kurzform) vorgelegt, um die subjektive Problembewältigungskapazität mit Hilfe von Kontrollüberzeugungen zu messen.

Die verwendeten Nowicki-Strickland-Scales sind ein in der verhaltenstheoretischen Tradition Rotters entstandenes Selbsteinschätzungsinstrument für Jugendliche mit dichotomer Antwortstruktur, das als bipolares Konstrukt Internalität (Erfolge auf eigenes Handeln zurückführend) vs. Externalität (Erfolge auf Glück, andere, Umwelt zurückführend) mißt. Diese Skalen erfuhren eine weltweite Verbreitung.

"Internale Kontrolle" bezieht sich auf die subjektive Überzeugung, positive (später auch negative) Ereignisse seien eine Konsequenz eigener Handlungen und somit persönlicher Kontrolle unterworfen. Demgegenüber spiegelt "externale Kontrolle" Überzeugungen wieder, hilflos, ausgeliefert, von anderen Menschen oder Mächten abhängig zu sein.

Ausgehend von einer großen Feldstudie in den USA entwickelten Nowicki und Strickland 1973 ihre "**L**ocus **o**f **c**ontrol scale" (im folgenden LOC-Scale genannt) für Kinder und belegten u. a., daß das Maß an selbstzugeschriebener, "innerer" Kontrolle mit steigendem Lebensalter anwächst. Als State-Instrument erlaubte der Fragebogen die Erfolgskontrolle sozialpädagogischer Maßnahmen (Nowicki u. Barnes 1973). Das Ausmaß an selbstattribuierter innerer Kontrolle korrelierte hoch mit dem Selbstwertgefühl.

5.3.9.1 Anwendungen hinsichtlich kultureller Faktoren und psychischer Gesundheit

Die Nowicki-Strickland-Scales sind weltweit bisher an Kindern und Jugendlichen in mindestens 20 verschiedenen Ethnien erprobt worden. Die verschiedenen transkulturellen Untersuchungen machten deutlich, daß ausgeprägte kulturspezifische Abweichungen von den US-Normen vorhanden waren, ebenso daß innerkulturelle Differenzierungen, etwa zwischen Jungen und Mädchen, sich jeweils sehr unterschiedlich darstellten.

Werner und Smith (1977) untersuchten einen vollständigen Geburtsjahrgang auf der Insel Kauai in einer prospektiven Langzeitstudie und fanden bis zum Alter von 32 Jahren diejenigen Probanden unter der Risikogruppe am wenigsten psychiatrisch und

sozial auffällig, die sich als junge Erwachsene ein hohes Maß an interner Kontrolle zugeschrieben hatten.

Eine hohe Internalität auf der Nowicki-Skala gilt auch bei anderen Autoren als protektiver Faktor, der eine bessere Bewältigung von verschiedensten belastenden Lebensereignissen oder von Versuchungssituationen prädiziert (Moffatt und Pless 1983; Lamontagne 1984; Olton 1985).

Untersuchungen an psychisch auffälligen, psychosomatisch oder psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sind inzwischen in größerer Zahl durchgeführt worden (Übersicht bei Schepker 1995). Allgemein wird "Externalität" in Verbindung gebracht mit hohen Werten auf Depressionsskalen, Suizidalität, dem Bestehen von Konzentrations- und Teilleistungsstörungen und antisozialen Verhaltensweisen. Der Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung korrelierte negativ mit der Internalität (Friedman et al. 1986, Engstrom 1991), wobei einzelne, ausnahmsweise psychiatrische Störungsbilder - wie z.B. Anorexia nervosa- jedoch mit höherer Internalität verbunden sind.

In einer transkulturellen Studie an Jugendlichen mit Hilfe eines Selbsteinschätzungsfragebogens (Offer Self-Image Questionnaire) wurde eine ähnliche Prädikatorstärke hinsichtlich seelischer Gesundheit, wie oben für die Nowicki-Scales beschrieben, für die Skala "mastery of the external world" gefunden, auf der sich die Kontrollüberzeugungen abbildeten (Steinhausen et al. 1988, Offer et al. 1988). Die Ergebnisse von Studien mit Hilfe der "mastery"-Skala des OSIQ gehen denen mit den Nowicki-Skalen konform (Übersicht bei Schepker 1995), u.a. auch insofern, als sich Veränderungen hinsichtlich zu eher internalem Antwortverhalten nach therapeutischen Interventionen ergaben.

In der transkulturellen Studie mit dem OSIQ (Offer et al. 1988) in der Türkei hatten sich die türkischen Probanden (einer nicht repräsentativen Auswahl leistungsstarker Sekundarschülerinnen und Sekundarschüler aus der oberen Mittelschicht, die eine private und eine öffentliche Schule in einer gut entwickelten Großstadt besuchten) nicht von der deutschen Vergleichsgruppe unterschieden, während nach Sahin (persönliche Mitteilung 1991) 1222 Jugendliche in der Türkei (im großstädtischen Ankara) im Durchschnitt 1.9 Fragen der Basa-cikma-Skala extern beantworteten.

5.3.9.2 Zugrundegelegte Normen

Eine Normierung der LOC-Scale für Jugendliche aus der Türkei wurde von Schepker (1995) an 303 Schülerinnen und Schülern aus der Türkei (= 22% der türkeistämmigen Wohnbevölkerung ihrer Altersstufe in der Stadt Essen) zwischen 13 und 19 Jahren [35] vorgenommen. Für dieses Instrument wurde die Nowicki-Skala um 19 Items auf 23 gekürzt.[36] Der endgültige Fragebogen (s. Anhang) enthält darüber hinaus ein zusätzliches Magie-Item und die 5 Items umfassende "Basa çikma-Skala" des OSIQ. Den Jugendlichen aus der Türkei wurde ein bilingualer Fragebogen vorgelegt.

Bezogen auf die Schulformen ergaben sich folgende Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) für den Gesamtscore an Kontrollüberzeugungen, die nach Nationalität und Geschlecht in der Tabelle aufgeführt sind (Kurzform):

[35] die sich relativ repräsentativ auf die Regelschulformen der Sekundarstufe I und II in Essen verteilten
[36] siehe hierzu Schepker 1995

Tabelle 39: LOC-Gesamtscore: Mittelwerte und Standardabweichungen ()

	Türkeistämmige		Deutsche	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
gesamt	*9,80 (3,2)*	*9,45 (3,4)*	*7,57 (3,4)*	*6,94 (2,9)*
Gymnasium	10,12 (3,2)	9,43 (3,1)	6,93 (3,5)	6,71 (2,7)
Realschule	9,66 (3,2)	8,60 (2,7)	7,93 (2,9)	6,81 (2,4)
Hauptschule	10,38 (2,8)	10,40 (2,9)	7,65 (2,7)	7,23 (2,6)
Gesamtschule	9,71 (3,2)	8,53 (2,9)	8,72 (3,1)	7,49 (2,2)

LOC-Gesamtscore: Range von 0 (= internaler Pol) bis 23 (= externaler Pol)

Insgesamt antworteten die Jugendlichen aus der Türkei signifikant externaler als deutsche. Zweiseitige t-Teste für unverbundene Stichproben ergaben hinsichtlich des Gesamtscores für deutsche Jungen und Mädchen einen hochsignifikanten Unterschied (t=-2.92; p=.004); für türkeistämmige Jungen und Mädchen keinen Unterschied.

Bezogen auf die miterfragten Risikofaktoren waren die Korrelationen schwach (für weitere Ausführungen s. Kap. 7.3).

Belegt wurde u. a. in der Studie, daß eine Jugendlichen - Inanspruchnahmepopulation aus der Türkei in ihrer Gesamtheit (anders als in der Literatur meist beschrieben) keine über den Normbereich hinausgehende externale Kontollüberzeugungen aufwiesen. Wohl aber bestand eine Aussagekraft des LOC-Fragebogens hinsichtlich „externaler“ und „internaler“ Störungen der Patienten.

5.3.10 Child behavior checklist (CBCL)

5.3.10.1 Zielsetzung

Zusätzlich zum klinischen Rating des Forschungsteams sollte über ein standardisiertes und in kulturvergleichenden Studien erprobtes Instrument überprüft werden, inwieweit Verhaltensauffälligkeiten, die einen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbedarf indizieren, bei den Kindern der Feldfamilien bestehen.

5.3.10.2 Beschreibung des Fragebogens[37]

Die Child Behavior Checklist (CBCL), von Achenbach und Edelbrock (1983, 1991) in den USA entwickelt, ist ein symptom- und verhaltensorientierter Elternfragebogen, wo auf einer Skala von 0 bis 2 anzugeben ist, ob und in welcher Häufigkeit und Intensität ein Kind Verhaltensweisen in den letzten 6 Monaten gezeigt hat, die für die Altersgruppe 4-18 Jahre als emotional oder verhaltensauffällig zu bewerten wären. Es werden insgesamt 120 Einzelsymptome erfragt. Die maximale Punktzahl beträgt 236; die Items Allergie und Asthma werden im Gesamtwert nicht berücksichtigt.

Faktorenanalysen zweiter Ordnung führten zur Bildung von acht Syndromskalen, die in drei Gruppen zusammengefaßt werden können:

[37] Die Beschreibung der Originalfassung und der deutschen Fassung der CBCL lehnt sich (falls nicht anderweitig ausgewiesen) an das Handbuch von Döpfner, Schmeck und Berger (1994) an.

1) Die Gruppe „Internalisierte Störungen“ wird gebildet aus den Syndromskalen
   Sozialer Rückzug,
   Körperliche Beschwerden und
   Angst/Depressivität.

2) Die Gruppe „Externalisierte Störungen“ umfasst die Skalen
   Delinquentes Verhalten und
   Aggressives Verhalten.

3) In der Gruppe „Gemischte Störungen“ sind aufgeführt die Skalen
   Soziale Probleme,
   Schizoid/zwanghaft („Thought Problems“) und
   Aufmerksamkeitsstörungen.

85 Items, die internalisierte bzw. externalisierte Störungen beschreiben, werden zu gleichnamigen Skalen zweiter Ordnung zusammengefasst. Aus allen 118 Items wird schließlich noch ein Gesamtwert gebildet.

Für die Auswertung werden Normtabellen für zwei Altersgruppen (4-11 und 12-18 Jahre) und getrennt für Jungen und Mädchen zur Verfügung gestellt.

Angelehnt an die Annahme, 2% der Repräsentativstichprobe seien als auffällig zu beurteilen, werden Ausprägungen auf den acht Syndromskalen ab dem T-Wert 70 als klinisch auffällig eingeschätzt, wobei ein Grenzbereich zwischen auffälligen und unauffälligen Werten ab dem T-Wert 67 definiert wird. Als cut-off-Wert für klinische Auffälligkeit bei den übergeordneten Skalen (internalisierende Störungen, externalisierende Störungen und Gesamtwert) wurde ein T-Wert von 63 definiert, wobei der Übergangsbereich bei einem T-Wert von 60 beginnt.

Die CBCL ist international weit verbreitet und in 25 Sprachen übersetzt worden. Eine deutsche Fassung wurde 1993 von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist vorgelegt[38].

Die Skalenbildung der amerikanischen Originalversion wurde auch in der deutschsprachigen Fassung durch Faktorenanalysen bestätigt. Da eine repräsentative deutsche Normierung nicht vorliege, wird zur Übernahme der amerikanischen Normierung geraten, da bisherige Untersuchungen nur geringfügige Abweichungen der deutschen Stichprobe ergaben, die dann auch noch unter den amerikanischen Werten lagen, so daß Auffälligkeiten eher unter- als überschätzt würden[39]. Die interne Konsistenz der meisten Skalen sei auch für die deutschsprachige Fassung hinreichend. Für den Gesamtwert geben Remschmidt & Walter (1990) die interne Konsistenz für eine klinische Stichprobe mit r_{tt}=.94 und für eine Feldstichprobe mit r_{tt}=.93 an. Auch bei erneuter Messung nach 5 Wochen (N=103) zeige sich eine hohe Stabilität in der Beschreibung der Eltern (r_{tt}=.81).

Klinische Stichproben in Frankfurt und Köln (N=1653; Anteil nicht-deutscher Probanden 9%) und eine Feldstudie in Münster (N=1622) ergaben gute bis sehr gute interne Konsistenzen für die übergeordneten Skalen und den Gesamtwert (r_{tt}>.85) und befriedigend bis gute Trennschärfenkoeffizienten.

Die Skalen aggressives Verhalten, delinquentes Verhalten, Aufmerksamkeitsstörungen und Angst/Depressivität wiesen auf eine gute (r_{tt}=.80-.90), die Skalen sozialer

[38] Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993

[39] Vergleiche in den USA, der Niederlande und der BRD zeigten, daß die Mittelwerte für den Gesamtwert und nahezu alle Syndromskalen eng beieinanderliegen. Die Mittelwerte in Deutschland lägen zwar manchmal etwas unter denen in den USA, dieser Unterschied sei aber kleiner als 0,5 Standardabweichungen.

Rückzug, körperliche Beschwerden und soziale Probleme auf eine zufriedenstellende Reliabilität (r_{tt}=.70-.80) hin. Insgesamt sei die Reliabilität aller Problemskalen mit Ausnahme der Skala „Schizoid/zwanghaft“ hinreichend bis gut.

Eine erste türkische Bearbeitung erschien 1983 (Akçakin und Savasir, N=80, 6-11 Jahre). Wegen des Fehlens von geschlechts- und altersspezifischen Normen fand sie nur begrenzt Anwendung im Forschungsbereich, so u. a. auch in einer Studie an der Bogaziçi Universität Istanbul (Fisek 1991, 1993). Es liegt inzwischen eine neu adaptierte und standardisierte türkische Fassung der CBCL für die Altersgruppe 4-18 Jahre vor (Erol et al. o. J.). Die CBCL wurde hier an einer Population von 3.129 Kindern und Jugendlichen in Ankara normiert, wobei sich deutliche Unterschiede zu der US-amerikanischen Vergleichspopulation fanden (s. Mittelwertvergeich in der1. und 2. Tabelle für die Altersgruppe 12-18 Jahre). Der Gesamtwert liegt im Schnitt höher als in Deutschland und den USA, wobei auch noch eine Schichtabhängigkeit[40] festgestellt wurde (s. Tabelle 42).

Insgesamt wird die CBCL in der neuen türkischen Fassung als reliabel und valide beschrieben, es werden aber auch weitere Modifikationen und statistische Analysen gefordert. So müsse noch ein für die türkische Population Gültigkeit beanspruchender Cut-off-Wert zur Unterscheidung zwischen klinisch auffälligen und unauffälligen Kindern und Jugendlichen bestimmt werden.

Tabelle 40: Vergleich der CBCL-Skalenrohwerte 12-18 jährige Jungen

	Türkei		Deutschland		USA	
Skalen	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Sozialer Rückzug	2,42	2,42	1,6	1,9	2,4	2,2
Körperliche Beschwerden	1,68	2,17	1,0	1,4	1,0	1,4
Angst/Depressivität	5,23	3,79	2,2	2,7	3,2	3,3
Soziale Probleme	1,61	1,79	1,1	1,7	1,6	1,9
Schizoid/zwanghaft	0,84	1,38	0,3	0,7	0,5	0,9
Aufmerksamkeitsstörung	4,01	3,18	3,2	3,3	3,4	3,1
Delinquentes Verhalten	1,36	1,99	1,4	2,2	1,9	2,4
Aggressives Verhalten	6,25	5,56	4,4	4,9	7,0	6,5
INTERNALISIEREND	9,20	6,72	4,7	4,8	6,5	5,3
EXTERNALISIEREND	7,61	6,88	5,8	6,7	8,9	7,5
GESAMTAUFFÄLLIGKEIT	27,36	18,49	16,9	15,2	23,0	16,7

TR: N=352 BRD: N=294 USA: N=450

[40] definiert über Beruf, Bildungsstand und Einkommensgruppe der Eltern.

Tabelle 41: Vergleich der CBCL-Skalenrohwerte 12-18 jährige Mädchen

	Türkei		Deutschland		USA	
Skalen	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Sozialer Rückzug	2,94	2,82	1,9	1,9	2,6	2,4
Körperliche Beschwerden	1,91	2,30	1,5	1,9	1,4	2,0
Angst/Depressivität	5,75	4,44	2,4	3,1	3,8	3,8
Soziale Probleme	1,39	1,54	1,1	1,7	1,8	2,1
Schizoid/zwanghaft	0,87	1,33	0,4	0,9	0,5	1,0
Aufmerksamkeitsstörung	3,25	2,84	2,5	2,8	2,6	2,8
Delinquentes Verhalten	0,73	1,11	1,2	1,5	1,4	1,9
Aggressives Verhalten	4,69	4,36	4,1	3,9	6,0	5,4
INTERNALISIEREND	10,45	7,83	5,7	5,5	7,5	6,6
EXTERNALISIEREND	5,41	5,03	5,2	5,1	7,4	6,7
GESAMTAUFFÄLLIGKEIT	24,86	17,32	17,1	14,6	22,7	17,8

TR: N=386 BRD: N=263 USA: N=459

Tabelle 42: CBCL-Skalenmittelwert nach Schichtzugehörigkeit (Türkei)

	low SES		middle SES		high SES	
Skalen	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Sozialer Rückzug	3,04	2,83	2,5	2,5	1,9	2,1
Körperliche Beschwerden	1,73	2,23	1,4	2,0	1,0	1,7
Angst/Depressivität	5,93	4,48	5,4	3,9	4,6	3,5
Soziale Probleme	1,94	1,96	1,7	1,8	1,4	1,6
Schizoid/zwanghaft	0,89	1,39	0,7	1,3	0,6	1,1
Aufmerksamkeitsstörung	4,12	3,22	4,0	3,0	3,4	2,8
Delinquentes Verhalten	1,29	1,94	1,1	2,0	1,0	1,4
Aggressives Verhalten	6,37	5,55	6,5	5,6	6,1	5,1
INTERNALISIEREND	10,56	7,81	9,2	6,8	7,5	6,0
EXTERNALISIEREND	7,66	6,91	7,6	7,0	7,1	6,0
GESAMTAUFFÄLLIGKEIT	29,63	20,29	27,2	18,8	23,7	16,2

low N=704 middle N=1116 high N=1309

5.3.10.3 Die Anwendung des Fragebogens im Rahmen der Familieninterviews

Die CBCL wurde beim ersten Hausbesuch von einem der Interviewer den Eltern in einem getrennten Raum vorgelesen und von ihnen für möglichst jedes ihrer Kinder der entsprechenden Altersgruppe beantwortet. Wir berufen uns hierbei auf Erfahrungen aus der Türkei, wo gerade bei Unterschichtsprobanden zu dieser Vorgehensweise des Vorlesens der einzelnen Items geraten wird, da ansonsten Verständigungs-

schwierigkeiten und mangelnde Rücklaufquoten die Ergebnisse verfälschen könnten[41]. Wir versprachen uns zudem eine angstreduzierende Wirkung auf den darauf folgenden Interviewtermin, eine Annäherung von Interviewer und Familienangehörigen anhand strukturierten Materials. Gemeinsam bearbeiteten Untersucher und Eltern den Fragebogen und konnten dadurch Auswirkungen etwaiger Übersetzungsmängel entgegenwirken.

Es lagen uns anfangs mehrere türkische Fassungen der CBCL vor, die wir noch einmal überarbeiteten, um unstimmige oder irreführende Übersetzungen und einen Sprachstil, der nicht immer der Sprachrealität von Migranten aus der Türkei entspricht, zu korrigieren. Schließlich wurde uns von der Arbeitsgruppe der türkischsprachigen Version der CBCL in Ankara eine autorisierte türkische Fassung der CBCL, in die auch unsere Verbesserungsvorschläge Eingang gefunden hatten, zur Verfügung gestellt.

Wir stellten in der gemeinsamen Beantwortung der CBCL-Items durch die Eltern häufig inhaltliche Mißverständnisse fest, die unserer Vorgehensweise des Vorlesens der Items Recht gaben. Eine Übereinstimmung der Eltern war in den meisten Fällen vorhanden, wurde ansonsten durch Nachfragen des Interviewers erzielt. Obwohl sich einige Co-Interviewer besorgt zeigten, die Fragen nach sexuellen Deviationen könnte die Schamgrenzen, insbesondere der der sehr traditionell eingestellten Eltern, verletzen, wurden auch diese Fragen gestellt und i.d.R. beantwortet. Alle Antworten wurden kodiert und erst nach Abschluß aller Familienratings ausgewertet.

Bei der Auswertung der Symptomcheckliste entschieden wir uns für das international meist verwandte Vorgehen der Errechnung des ungewichteten Summenwertes. Für die Normpopulation aus Ankara wurde ein Cut-off-Wert zur Unterscheidung zwischen „auffälligen“ und „unauffälligen“ Probanden nicht ermittelt, doch liegt ein solcher Wert für die deutsche Normpopulation vor. Allerdings wäre es in beiden Fällen unzulässig, bei der Auswertung unserer Migrantenstichprobe auf diese Normentabellen zurückzugreifen. Wir werden, da Alternativen nicht bestehen, zunächst die deutschen Normen als Grundlage nehmen, die Ergebnisse jedoch auch vor dem Hintergrund eines anderen Antwortverhaltens von Eltern in der Türkei diskutieren.

5.3.11 Familientypen

Die vorliegende Studie erarbeitet eine Typologie als empirisch fundiertes Ergebnis qualitativer Forschung. Die Typologisierung ist die letzte Abstraktionsstufe vor der Theoriebildung in der qualitativen Forschung (s.o., Design).

Die Implikationen für die Theoriebildung im Rahmen der Migrationsforschung interessieren von dieser Abstraktionsstufe aus alle im Projekt beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen. Die Vielfältigkeit von familiären Entwicklungslinien nach 20-30jährigem Leben in der Migration ist bisher jenseits von Einzelfallschilderungen nicht hinreichend theoretisch gefaßt worden.

Ziel der Entwicklung einer Typologie war im Projektdesign zunächst die Differenzierung der Familientheorie und die Erweiterung der Adolezenztheorie. Daraus resultierend könnten für die Beratungspraxis Begrifflichkeiten entwickelt werden, die im Umgang mit ratsuchenden Migrantenfamilien auch für autochtone Therapeuten nachvollziehbar und im Vorgehen hilfreich sein wären: es könnten Bereiche und Ebenen identifiziert werden, die die Entwicklung von Familien in der Migration fördern oder hem-

[41] Erol, Arslan und Akcakin, o.J. Dies wird auch von anderen Autoren bei transkulturellen Studien gefordert (u.a. Bird, 1996)

men, und es könnte idealtypisch aufgezeigt werden, welche Interventionen im beraterischen Umgang mit der je spezifischen Familie sinnvoll sind. Im Sinne der ressourcenorientierten Sichtweise des Projektdesigns werden insbesondere von der Typologie der funktionalen Familien Erkenntnisse erwartet, die wegweisend für die Richtung der therapeutischen Arbeit werden können.

Es lag damit im Interesse der Forschungsfragestellung, Typen von (weitgehend) funktionalen bzw. dysfunktionalen Familien zu identifizieren.

Zur - ausschließenden - Unterscheidung in weitgehend funktional / dysfunktional wurden folgende Kriterien herangezogen:

- die qualitative Analyse der narrativen Beschreibung des Teams (s.o.) für die gesamte Familie auf dem Hintergrund der Familientheorie (s. Kap. 2 „Forschungsstand“)
- das Rating der subjektiven Einschätzung der Zufriedenheit der Familie gemäß den Aussagen im Interview nach dem Ergänzenden Interviewrating EIR (s.o.)
- das Rating der subjektiven Einschätzung der Zukunftsorientierung der Familie gemäß den Aussagen im Interview nach dem EIR (s.o.).

Bei der narrativen Beschreibung wurde vor allem auf die Beschreibung der Familie als Ganzes zugegriffen und deren vom Team gesehene Fähigkeit, relativ zu den geschilderten Problemen genügend Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Unter den funktionalen Familien befinden sich daher nur solche, die subjektiv zufrieden bzw. weitgehend zufrieden waren (Skalierung 3-4) und unter den dysfunktionalen alle, die ganz unzufrieden waren bzw. kaum oder gar nicht hoffnungsvoll zukunftsorientiert (Vgl. Rating EIR, Skalierung 1-2). Nicht übereinstimmende Ratings in den beiden Items führten zu einer Teamentscheidung hinsichtlich der typologischen Zuordnung.

Die Zuordnung in funktionale und dysfunktionale Familien wurde ansonsten von jeweils 2 Projektmitarbeitern unabhängig voneinander vorgenommen, und diskrepante Zuordnungen wurden im Team diskutiert.

Im zweiten Schritt wurden innerhalb der beiden Gruppen von allen Projektmitarbeitern nach nochmaligem Studium der narrativen Beschreibungen Vorschläge für Typen gemacht, Familien probatorisch diesen Typen zugeordnet und dieses im Team diskutiert. In der Entwicklung der Typologie war zulässig, Familien zwei oder (im Ausnahmefall) drei Typen zuzuordnen, um allzu rigide Schematisierungen auszuschließen und der realen Vielfalt Rechnung zu tragen. Dadurch sind Mehrfachnennungen bei den Typen möglich, während die Einordnung als (weitgehend) funktional oder (weitgehend) dysfunktional als eine ausschließliche getroffen wurde.

Die jeweilige Zuordnung der einzelnen Familien zu den letztlich entwickelten Typen wurde danach nochmals unabhängig voneinander durch alle Mitarbeiter überprüft und abschließend im Team abgestimmt.

5.3.12 Arztbriefanalyse

An Institutsambulanzen im vorstationären psychiatrischen Bereich werden hohe Anforderungen hinsichtlich der fachlichen Kompetenz gestellt, zu der eine Orientierung am Wissensstand zumindestens des aktuellen Lehrbuchwissens gehört (vgl. Gaebel 1995, Bundesministerium für Gesundheit 1996). Eine Mehrebenen-Betrachtung des Störungsbildes eines Patienten gehört spätestens seit Einführung des multiaxialen Klassifikationsschemas für kinderpsychiatrische Erkrankungen (deutsche Überset-

zung von Remschmidt und Schmidt nach Rutter und Sturge, 1977) zu den zu explizierenden Mitteilungen in klinisch-diagnostischen Stellungnahmen.

Der Arztbrief faßt vorläufig die ambulante Diagnostik und Therapieempfehlungen zusammen und stellt in der Regel die Ergebnisse und Schlußfolgerungen mehrerer explorativer Sitzungen und Untersuchungen dar („Arbeitsdiagnose“). Das Vorgehen im ambulanten diagnostischen Prozeß, wie es in der Institution gehandhabt wird, findet sich systematisch dargestellt bei Resch (1996). Neben einer situativen Analyse (Symptomatik und Auslöser, psychopathologischer und familiendynamischer Befund der letzten Wochen, somatische und soziale Bedingungen) ist eine biographische Analyse (bisherige Entwicklungsbedingungen von Geburt an) und eine strukturelle Analyse (aktueller Entwicklungsstand einschließlich Bewältigungsstilen) erforderlich. Eine Diagnose soll im Arztbrief eine Synopse aus Verhaltensbeobachtung, Exploration des Patienten und der Bezugsperson, Beobachtung der familiären Interaktionen, ggfs. fremdanamnestischen Angaben und weiteren Untersuchungen bilden. Ein Behandlungsplan soll daraus schlüssig hervorgehen und das Bedingungsgefüge von Patient und Familie berücksichtigen (vgl. Resch 1996).

Zur Fragestellung der vorliegenden Studie wurde der Fokus der Inhaltsanalyse auf Inhalte gelegt, die gemäß den DSM-IV-Kriterien bei Patienten anderer kultureller Herkunft besonders zu berücksichtigen sind: Migrationsgeschichte, aktuelle soziale Situation hinsichtlich der Einbettung in die Herkunfts- und Aufnahmekultur, Differenzerleben des autochthonen Therapeuten, Erwähnung von Problemen in Kommunikation und Arbeitsbündnis, sowie das Vorhandensein kulturadäquater Diagnosestellungen anhand der DSM-IV-Kriterien (APA 1995, s.Kap 2. „Forschungsstand“).

Mehrere inhaltliche Bereiche der in der Regel mindestens 3 Seiten umfassenden Arztbriefe aus der Institutsambulanz wurden einer skalierend-strukturierenden Analyse nach Mayring (1983; s.o.) unterzogen, wobei stets der Gesamttext Grundlage für die Analyse war. Nach gemeinsamer Erarbeitung der Kategorien wurde die Analyse der Arztbriefe durch einen Doktoranden (Medizinstudenten) und einen Projektmitarbeiter unabhängig voneinander vorgenommen und Textpassagen jedes Arztbriefes zum Beleg der Einordnung exzerpiert. Im Ratingprozeß wurden Operationalisierungen konkretisiert und Ankerbeispiele festgehalten. Abweichende Einordnungen wurden im Team diskutiert und dann einer endgültigen Zuordnung zugeführt.

Hinsichtlich der Angaben wurde davon ausgegangen, daß die Genauigkeit der Angaben in den Arztbriefen die Bedeutung wiederspiegelt, die die Therapeuten diesen Informationen hinsichtlich der Erklärung der Persönlichkeit, der Familiendynamik und des Krankheitsbildes zumessen. Fehlende Angaben können zwar keine Rückschlüsse darauf zulassen, ob sie anamnestisch erhoben wurden bzw. im Verlaufe der Diagnostik festgestellt wurden oder nicht, jedoch wurde ihnen vom Verfasser des Arztbriefes anscheinend keine entsprechende, mitteilenswerte Bedeutung zugemessen. Das Zutreffen der jeweiligen Einschätzungen oder Beschreibungen war - in Unkenntnis der jeweiligen spezifischen Situation - nicht überprüfbar, denn nur eine Minderzahl der Patientenfamilien waren Mitgliedern des Projektteams persönlich bekannt; und von Projektmitarbeitern selbst verfaßte Arztbriefe wurden von dieser Untersuchung ausgeschlossen (s.Kap.6 “Stichprobenbeschreibung“).

5.3.13 Operationalisierungen

Die Operationalisierungen dieses Kapitels konnten z.T. nur dreistufig skaliert werden, da sich im ersten Durchgang zeigte, daß bei größerer Differenziertheit nur ganz vereinzelte Arztbriefe zu den Kategorien 3 und 4 zählen würden.

Tabelle 43: Operationalisierung von Angaben zur Migrationsgeschichte in Arztbriefen

Diese Kategorie wurde gewählt, um zu erhellen, inwieweit die Therapeuten die historisch-biographischen Bezüge des Individuationshintergrundes ihrer Patienten für bedeutsam hielten.

Allgemeine Operationalisierungskriterien: Zur Migrationsgeschichte (vgl. Dímension „Biographie“ des ReRi-Ratings) wurden Angaben gezählt über: gemeinsame oder getrennte Familienmigration, Motivation, Herkunftskontext der Familie, Remigrationen usw. für Eltern und Kinder; Kettenmigration von Familienmitgliedern oder Dorfbewohnern; Binnen- vor Außenmigration

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1	keine migrationsspezifischen Daten	-
2	wenig Information, oberflächlich oder nicht ausführlich	Familienanamnese: der Vater berichtete, die Familie lebe seit 15 Jahren in Deutschland (1988/02)
3	ausführliche Darstellung der Migrationsgeschichte einzelner Familienmitglieder, ggfs. Hinweis auf subjektive Bedeutung	Die Mutter ist Türkin, lebt seit 16 Jahren in Deutschland, spricht relativ gut deutsch. Die Eltern der Mutter leben ebenso in Deutschland, sind auch körperlich gesund. Die Mutter kam mit ihren Eltern im 11. Lebensjahr nach Deutschland. Der Vater des Kindes ist 27 Jahre alt, erst seit 1978 in Deutschland. Die Eltern des Vaters, bei denen der Junge zeitwiese aufgezogen wurde, leben in der Türkei in der Nähe von Istanbul. Zur Zeit ist der Schwiegervater, der normalerweise in der Türkei lebt, zu Besuch. (...) Das Kind war während der ersten Lebensmonate und im 1. Lebensjahr hauptsächlich bei den Großeltern ms. in Deutschland. Mit 1;5 Jahren kam das Kind dann in die Türkei, wohl aufgrund der Arbeit der Mutter. In der Türkei habe es zu den Großeltern vs. dann sehr bald Mama und Papa gesagt. Der Junge bleibt bis zum 5. Lebensjahr, anscheinend unter recht strengen Erziehungsverhältnissen dort (1988/01).

Tabelle 44: Operationalisierung von Angaben zur kulturellen Einbettung in Arztbriefen

Hier war bedeutsam, inwiefern die aktuelle soziale Situation der Patienten unter kulturellen Gesichtspunkten geschildert wurde.

Allgemeine Operationalisierungskriterien: Zu den Angaben zur kulturellen Einbettung zählten Angaben über mono- oder gemischtethnische Wohnumgebung und Freundeskreis, Freizeitverhalten, Berufstätigkeit der Eltern, Schullaufbahnen in der Türkei und hier, materielles Auskommen im Hinblick auf Verpflichtungen oder Vermögen in der Türkei, sowie ggfs. über Remigrationspläne.

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1	keine Angaben	-
2	Angaben zum sozialen Umfeld ohne Einbezug migrationstypischer Zusammenhänge	Z.Zt. absolviere sie das 10 Schuljahr einer Hauptschule und habe eine Lehrstelle (...) in Aussicht. Sie sei eine recht gute Schülerin, sehr kontaktfreudig, habe einen großen Freundeskreis, z.Zt. jedoch Schwierigkeiten mit einem Lehrer. (1990/05).

3	differenzierte Darstellung des Lebens in der Migration unter Berücksichtigung mono- und gemischtethnischer Einbettung bzw. von Kontakten zur Herkunftskultur	S. habe zahlreiche, sowohl deutsche als auch türkische Freunde, mit denen zusammen er vor allem Fußball spiele (...) Von Nachbarn werde er gelegentlich wegen seiner türkischen Staatsangehörigkeit beschimpft, von seinen Freunden und Klassenkameraden werde er jedoch akzeptiert. Er fühle sich in der Bundesrepublik wohl und spreche besser deutsch als türkisch (1984/02)

Tabelle 45: Operationalisierung von Differenzerleben des Therapeuten in Arztbriefen

Diese Kategorie sollte alle Hinweise auf das Explizitmachen der Kulturdifferenz umfassen.

Allgemeine Operationalisierungskriterien: therapeutische Interaktion und mögliche Konnotationen durch die Beschreibung der Familienmitglieder auf dem Hintergrund ihres Kulturhintergrundes; Fremdheitsgefühle, implizite - positive und negative - Diskriminierungen als Betonung von Kulturdifferenz

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1	Betonung von Differenz, Unverständnis und Fremdheit	Ihrer kulturellen Tradition folgend scheinen sie auch Kontakte der Kinder zu anderen Nationalitäten zu beargwöhnen. (1990/17) oder: Wir verstehen nicht ganz, warum die Familie, obwohl beide Eltern nicht mehr arbeiten, so lange in Deutschland geblieben ist und als einzigen Grund dafür angibt, daß P. noch die Schule besucht. (1989/05)
2	objektiv beschreibend	Da S. offensichtlich durch den Besuch der Realschule intellektuell überfordert ist, empfehlen wir den Wechsel auf eine Hauptschule. Da sich der Vater bisher gegen einen Wechsel seines Sohnes auf eine Hauptschule gewehrt hat, erscheint eine begleitende Beratung der Eltern in einer Erziehungsberatungsstelle notwendig (1984/02)
3	Verstehende Akzeptanz	„Unsicher und besonders kooperativ müht er sich nach besten Kräften, trotz seiner Sprachschwierigkeiten, den Fragen des Untersuchers genau nachzukommen und sich korrekt zu verhalten.“ (1985/06)

Tabelle 46: Operationalisierung von benannten Problemen in Kommunikation und Arbeitsbündnis in Arztbriefen

Hierunter zählen allgemeine Hinweise darauf, inwiefern sich Sprach- und Kulturdifferenz auf die diagnostische Arbeit auswirkten.

Allgemeine Operationalisierungskriterien: der unterschiedliche Sprach- und Kulturhintergrund wird im Sinne einer reliablen Basis für die diagnostische Einschätzung problematisiert; Erwähnung vom Zustandekommen einer therapeutischen Arbeitsbeziehung - auf Seiten des Therapeuten oder der Familie

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1	keine Angaben	-
2	Erwähnung von Kommunikations- und Sprachproblemen	Wegen der Sprachbarriere konnte eine eingehende Familienanamnese nicht durchgeführt werden, auch keine Entwicklungsanamnese des Patienten (1985/06) Verläßliche Angaben können durch Übersetzungsmöglichkeiten nicht erhoben werden…wegen der erheblichen Verständigungsschwierigkeiten empfahlen wir den Eltern dringend, sich zunächst einmal an ein entsprechendes Fachteam der AWO (...) zu wenden, um über die Gesamtproblemlage als auch über die Behandlungsnotwendigkeit des Mädchens mit türkischen Kollegen sprechen zu können (1987/04)
3	Schilderung von Problemen im Arbeitsbündnis, in Übertragung-Gegenübertragung	Konkretere anamnestische Angaben und Hinweise bezüglich der Schwangerschaft und früheren Entwicklung der Kinder konnten wir über Herrn Y. nicht bekommen, die Mutter erschien auch auf unseren wiederholten und ausdrücklichen Wunsch hin nicht zu den Gesprächen (1986/08)

Tabelle 47: Operationalisierung kulturadäquater Diagnosestellungen gemäß DSM-IV in Arztbriefen

Hierzu sei auf die DSM-IV-Kriterien im Eingangskapitel zum Forschungsstand verwiesen.

Allgemeine Operationalisierungskriterien: Expliziter Einbezug der Migrationssituation der Patientenfamilie in die diagnostische und dynamische Beurteilung des Störungsbildes oder des vorgestellten Problems, auch als Zwischenstellung - als „Kulturkonflikt“ oder „Migrationsstreß“-Hypothese, sowie deren nachvollziehbare Begründung.

Skalierung	Operationalisierung	Ankerbeispiele
1	keine kulturspezifische Beurteilung	Es läßt sich vermuten, daß es im Rahmen der Pubertät durch möglicherweise erhebliche psychosoziale Belastungen aufgrund einer ausgeprägten Außenseiterposition in der Schule zur Auslösung einer psychotischen Erkrankung gekommen ist (1989/04)
2	Versuch einer kulturellen Bewertung - z.B. kulturelle Attribuierung der Symptomatik, keine Herleitung, keine Auswirkung auf Vorgehen	„F. wächst in einer Familie mit strengen türkischen Sitten in einer kulturell fremden Umgebung auf. Wir vermuten, daß die körperliche Störung ohne Anhalt für eine somatische Genese Ausdruck einer durch transkulturelle Konflikte ausgelösten innerfamiliären Beziehungskrise ist.“
3	Differenzierte Beschreibung und Würdigung von Kulturspezifika in der diagnostischen Einschätzung, einschl. explizit überlegter Ausschluß von kulturellem Einfluß	R. ist ein 17,5 J altes Mädchen, das im Rahmen seiner Individuation und Loslösung von den Eltern unter massiven Schwierigkeiten leidet. Diese resultieren zum einen daraus, daß die Ablösung vom Elternhaus nicht nur die persönlichen Wertvorstellungen betrifft, sondern auch die Ablehnung der eigenen Kultur und Religion... Gleichzeitig ist sicherlich die Eifersuchtsproblematik zwischen R.s Bruder und ihr, die die tradierte weibliche Rolle verläßt und versucht Abitur zu machen, nicht zu unterschätzen. (1990/13)

6 BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNGSGRUPPEN

6.1 Soziodemographische Stichprobenbeschreibung der Feld- und Ambulanzfamilien

Im Erhebungszeitraum (Juli 1993 bis April 1996) wurden 80 türkeistämmige Familien per Hausbesuch aufgesucht. (Im weiteren als *Feldfamilie* bezeichnet.) Von den durchgeführten Interviews konnten drei nicht weiter ausgewertet werden, da wegen technischer Fehler die Aufzeichnungen ungenügend waren und in einem Fall keines der adoleszenten Kinder am Interview teilgenommen hatte.

Es wurden weiterhin 40 türkeistämmige Familien untersucht, die im selben Erhebungszeitraum die Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Essen zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken aufsuchten, und deren Indexpatient im adoleszenten Alter war (hier älter als 12 Jahre). Im folgenden sollen die soziodemographischen Daten beider Stichprobengruppen, wie sie über den Erfassungsbogen soziodemographischer Daten (ESD, vgl. Kapitel 5.3.1) beschrieben wurden, dargestellt werden.

Einbezogen in die Datenanalyse wurden nur die Familienmitglieder, die während der Interviews oder der Vorstellung in der Institutsambulanz in der Familie lebten und am Interview oder am ambulanten Erstgespräch teilnahmen. So wurden 115 Mütter, 93 Väter[42], sowie 223 Kinder älter als 6 Jahre erfaßt. Von diesen Kindern gehörten 155 (=73,5 %) zur Gruppe der Feldfamilien, 56 Kinder waren über die Ambulanz einbezogen worden. Damit war die Zahl der erfaßten Kinder in den Ambulanzfamilien geringer, was die geringe Altersdifferenz beider Kindergruppen (s.u.) aufgrund der stärkeren Festgelegtheit der Ambulanzpopulation auf einen Altersbereich erklärt. Außer den leiblichen Eltern wurden auch solche Personen als Vater oder Mutter kodiert, die in der jeweiligen Familie die Elternfunktion übernommen hatten, wie Stiefeltern oder (in zwei Fällen) Großeltern.

Soziodemographische Vergleichszahlen gibt es weder auf Kommunal- noch auf Landesebene, da die im Mikrozensus oder durch die Statistischen Ämter erfaßten Personen nicht mit unserer selektiven Stichprobe (von Familien mit mindestens einem adoleszenten Kind) zu vergleichen sind. Schepker (1995) führte 1992 eine umfangreiche Studie mit türkeistämmigen Schülerinnen und Schülern der Klassen 9-11 an Regelschulen in Essen durch, wobei diese Stichprobe als repräsentativ gelten kann und in den folgenden Tabellen zu Vergleichszwecken herangezogen wird.

In beiden Stichproben zusammengenommen sind 12 % der Familien geschieden oder verwitwet. Dabei unterscheiden sich die Feldfamilien hinsichtlich des Familienstands nicht von denen, die die Institutsambulanz aufsuchen. In der oben zitierten Studie von Schepker (1995) hatten aber nur 1,3% der befragten 13-19 jährigen türkeistämmigen Jugendliche angegeben, daß ihre Eltern verwitwet oder geschieden seien. Es muß also davon ausgegangen werden, daß zumindest in der Feldstichprobe ein Selektionseffekt zum Tragen kommt, wonach überproportional viele unvollständige Familien in der Stichprobe erfasst sind. Ob ein Selektionseffekt auch für die Ambulanzfamilien anzunehmen ist, bleibt unbeantwortet, da Vergleichszahlen für diese Stichprobe nicht vorliegen.

[42] in zwei Fällen haben die Väter nicht am Interview teilgenommen

Tabelle 48: Aufteilung der untersuchten Familien nach Familienstand (Prozentangaben)

	Feldfamilien (n=77)	Ambulanzfamilien (n=40)
vollständige Familie	74,0	75,0
geschieden	9,1	5,0
getrennt	7,8	5,0
verwitwet	3,9	5,0
Eltern neu verheiratet	5,2	10,0

In den untersuchten Familien betrug die *durchschnittliche Kinderzahl* 3,5 (Feldfamilien = 3,3; Ambulanzfamilien = 3,9). Verglichen mit der durchschnittlichen Kinderzahl türkeistämmiger Familien in Essen (1992 = 4,2) zeigt sich ein nur geringer Unterschied, der zum Teil auch mit einer allgemeinen Tendenz fallender Geburtenraten bei türkeistämmigen Frauen erklärt werden kann.

Die untersuchten 223 Kinder (124 Jungen, 99 Mädchen) waren zwischen 6 und 28 Jahre alt (Durchschnittsalter 14,6 Jahre), wobei das Durchschnittsalter der Kinder in der Feldstichprobe um fast 1 ½ Jahre nach unten abwich (Feldfamilien = 14,2 Jahre; Ambulanzfamilien = 15,8 Jahre). Hinsichtlich der *Altersstruktur* zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede.

Gut jedes fünfte Kind (n=47/ 21,1%) war *in der Türkei geboren* und zwischen 1970 und 1994 nach Deutschland migriert. Der Anteil in der Türkei geborener Kinder lag in der Ambulanzstichprobe deutlich höher (Feldfamilien = 19,3 %; Ambulanzfamilien = 25,8 %). Von diesen Kindern hatten 34 in der Türkei mindestens 1 Jahr die Schule besucht. Hinsichtlich *Schulbesuch und Berufstätigkeit* zum Untersuchungszeitpunkt ergab sich folgende Verteilung unter den erfassten Kindern:

Tabelle 49: Schulbesuch und Berufstätigkeit der Kinder beider Untersuchungsstichproben (Spalten-Prozentangaben)

	Feldfamilien	Ambulanzfamilien	alle
Grundschule	14,2	10,7	13,3
Sonderschule	9,7	8,9	9,5
Hauptschule	25,2	25,0	25,1
weiterführende Schule	35,5	25,0	32,7
Berufsvorb.maßnahme	1,9	5,4	2,8
Lehre	7,7	10,7	8,5
angelernter Arbeiter	0,6	1,8	0,9
Facharbeiter	1,3	7,8	2,8
Studium	2,6	1,8	2,4
arbeitslos	1,3	3,6	1,9

Die Unterschiede in der Verteilung sind statistisch nicht signifikant. Tendenziell scheinen Kinder aus Ambulanzfamilien weniger oft weiterführende Schulen zu besuchen und dadurch zwangsläufig in jüngerem Alter dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen.

Aufgrund der Hausbesuche war es möglich, die Wohnbedingungen der interviewten Familien einzuschätzen. Eine schlechte Wohnbedingung wurde von uns dann definiert, wenn es weder Zentralheizung noch Badezimmer gab, bzw. die Toilette sich außerhalb der Wohnung befand. Im Vergleich mit den Daten der Stichprobe von 1992 (Schepker 1995) entsprechen die Wohnbedingungen unserer Feldfamilien dem repräsentativen Querschnitt. Mehr oder minder schlechte Wohnbedingungen wurden 1992 von 53,5% der Jugendlichen angegeben, das Kriterium „beengte Wohnverhältnisse“ (definiert gemäß WHO als mehr als 1,5 Personen pro Raum) wurde in der Befragung von 1992 von 24,1% der Befragten erfüllt.

Tabelle 50: Wohnbedingungen und Wohnumfeld der Feldfamilien (Prozentangaben)

	schlechte Wohnbedingungen	enge Wohnbedingungen	eigenethnisches Wohnumfeld
ja	19,5	31,2	39,0
z. T.	33,8	24,7	50,6
nein	46,8	44,2	10,4

Nur jede zehnte Familie lebte in Stadtvierteln und Straßenzügen mit geringem Anteil an nichtdeutscher Wohnbevölkerung. Neben einer sozialschichtsgebundenen Konzentrierung auf einige wenige Stadtbezirke spiegeln sich hier auch Segregationseffekte der türkeistämmigen Bevölkerung wieder (siehe Kapitel ***).

Das Durchschnittsalter der Mütter (bzw. Stief- oder Großmütter) betrug zum Untersuchungszeitpunkt 40,6 Jahre, das der Väter 43,7 Jahre, wobei sich bezogen auf das Durchschnittsalter kein Unterschied zwischen Feld- und Ambulanzfamilien zeigte. Die jüngste (Stief-)Mutter war 20 Jahre alt und erst vor kurzem nach Eheschließung mit einem Vater von 2 adoleszenten Kindern nach Deutschland migriert. Vergleichbar war der jüngste Vater unserer Stichprobe 27 Jahre alt. Großeltern, die die Funktion von Eltern übernommen hatten, geben den oberen Altersstreubereich an mit 66, bzw. 71 Jahre.

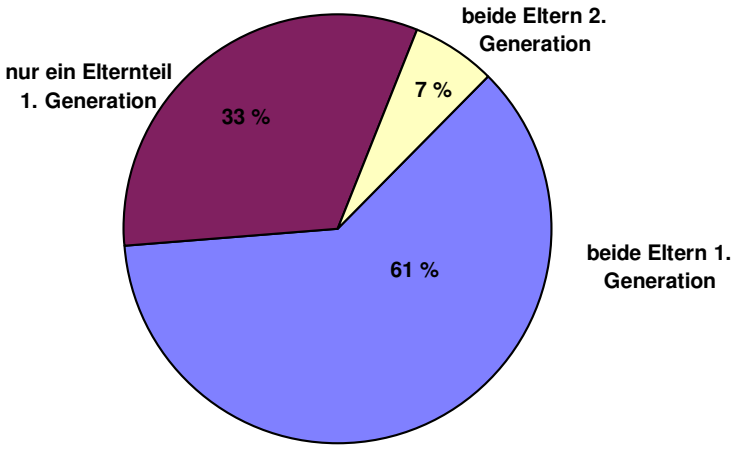
Tabelle 51: Durchschittliches Alter der Eltern beider Stichproben zum Untersuchungszeitpunkt

Feldfamilien		Ambulanzfamilien		alle	
Mütter	Väter	Mütter	Väter	Mütter	Väter
40,2	43,6	40,7	44,5	40,6	43,7

Im Rahmen der Interviews mit den Feldfamilien konnten detaillierte Angaben zur Migrationsgeschichte der Familie eruiert werden. Nur in 5 Familien (= 6,5 %) konnten beide Elternteile der sogenannten „2. Generation“ zugeordnet werden. In diesen Fällen waren unserer Definition gemäß beide Elternteile vor dem 17. Lebensjahr nach Deutschland gekommen. Bei einem Drittel der Familien (= 32,5 %) war ein Elternteil

der zweiten Generation zuzurechnen, 61 % der Eltern waren beide im Erwachsenenalter nach Deutschland migriert.

SCHAUBILD 6: Migrationszeitpunkt der Eltern



In der Feldfamilienstichprobe befand sich kein in Deutschland geborenes Elternteil. Die Mütter (bzw. Großmütter) waren bei ihrer Migration zwischen 5 und 49 Jahre (Durchschnitt: 21,9 Jahre), die Väter (bzw. Großväter) zwischen 7 und 42 Jahre (Durchschnitt: 21,1 Jahre) alt.

Die Mütter lebten zwischen einem und 32 Jahren in der BRD, bzw. waren zwischen 1963 und 1994 migriert. Die Väter waren zwischen drei und 33 Jahren in Deutschland wohnhaft. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der BRD betrug bei den Müttern 18,3 Jahre und bei den Vätern 21,1 Jahre.

Der größte Teil der Familien stammte laut eigenen Angaben aus einem dörflichen Umfeld. Auffallend ist, daß in den Ambulanzfamilien prozentual mehr Mütter aus Großstädten stammen.

Tabelle 52: Herkunft der Eltern in der Feld- und Ambulanzgruppe und Vergleich mit der Stichprobe von Schepker (1995) (Prozentangaben)

	Feldfamilien		Ambulanzfamilien		Studie 1992 [43]	
	Mütter	Väter	Mütter	Väter	Mütter	Väter
Dorf	64,5	63,3	55,6	62,2	64,5	64,4
Kleinstadt	14,5	10,0	16,7	15,6	14,5	18,8
Großstadt	21,1	25,0	27,8	21,9	21,1	16,5

[43] Schepker 1995

Die Feldfamilien stammen aus allen Regionen der Türkei, doch kommen proportional häufiger Elternteile aus den beiden Südostanatolischen Provinzen Adana und Malatya, aus der 9 von 76 Müttern und 10 von 60 Vätern stammen. Dieser Selektionseffekt ist mit den entsprechenden Herkunftsregionen zweier Co-Interviewerinnen zu erklären.

Tabelle 53: Migrationsreihenfolge unter den Familienmitgliedern (Prozentangaben):

	Feldfamilien	Ambulanzfamilien	alle
Vater vor Mutter, Kinder in BRD geboren	44,2	30,0	39,3
Vater vor Mutter und Kindern	18,2	10,0	15,4
Mutter vor Vater, Kinder in BRD geboren	18,2	17,5	17,9
Eltern vor Kindern	5,2	20,0	10,3
Vater vor Mutter vor Kindern	2,6	10	5,1
Mutter vor Vater vor Kindern	1,3		0,9
Mutter vor Vater und Kindern		2,5	0,9
sonstiges	10,4	10,0	10,3

* z. B. Familie gemeinsam migriert oder ein Elternteil mehrmals migiert oder beide Elternteile 2. Generation (zu den eigenen Elteren(teilen) migriert)

Diese Verteilung der Migrationsfolge spiegelt die Zuwanderungsstrukturen des Ruhrgebiets wieder - in dem Zeitraum, in dem der größte Teil der Familien hierher migrierte, wurden überwiegend männliche Arbeitskräfte für Bergbaubetriebe oder Schwerindustrie angeworben. Hierbei kam es häufig zu Trennungen der Eltern und der Kinder. Von den Eltern, die die Ambulanz aufsuchten, waren 35% zeitweise getrennt (durchschnittlich 6,7 Jahre). Durchschnittlich kürzere Trennungsphasen (4,4 Jahre) wurden von 41,6 % der Feldfamilien angegeben.

Die wenigsten Eltern der Ambulanz- und Feldstichprobe (7% der Mütter, 10,6% der Väter) hatten in Deutschland eine Schule besucht. Zum Teil erklärt sich dies mit dem späten Migrationsalter. Eine höhere Schulbildung in Deutschland hatte nur ein Vater in der Feldstichprobe vorzuweisen. In der Türkei waren mehr als die obligatorischen 5 Grundschuljahre 14,9 % der Mütter und 21,2 % der Väter zur Schule gegangen. Erschreckend hoch ist der Anteil von Müttern, die weder in Deutschland noch in der Türkei eine Schule besuchen konnten.

Tabelle 54: Eltern ohne jegliche Schulbildung (Prozentangaben)

Feldfamilien		Ambulanzfamilien		alle	
Mütter	Väter	Mütter	Väter	Mütter	Väter
25,0	8,3	33,3	2,9	27,8	6,3

Vor der Migration nach Deutschland hatte ein Teil der Eltern schon in der Türkei gearbeitet (zwei Drittel der Väter, ein Drittel der Mütter). Hoch ist der Anteil der als Ar-

beiter beschäftigten Väter, was strukturelle Änderungen in der Türkei ebenso widerspiegelt, wie die Anwerbepraxis in Deutschland.

Tabelle 55: Arbeitstätigkeit der Eltern in der Türkei (Prozentangaben)

	Feldfamilien		Ambulanzfamilien		alle	
	Mütter	Väter	Mütter	Väter	Mütter	Väter
keine	61,0	33,3	76,9	32,4	67,0	33,0
LandarbeiterIn	23,7	11,6	18,0	20,6	21,7	14,9
ArbeiterIn	7,6	50,0	2,6	44,1	9,6	47,9
AkademikerIn	1,5	5,0	2,6	2,9	1,8	4,3

Anders in Deutschland. Hier ist ein großer Teil der Frauen als Arbeiterin tätig, wobei noch stärker als bei den Männern die angelernte Tätigkeit dominiert. Dabei waren nur die Hälfte dieser Frauen Vollzeitbeschäftigte.

Tabelle 56: Arbeitstätigkeit der Eltern in Deutschland (Prozentangaben)

	Feldfamilien		Ambulanzfamilien		alle	
	Mütter	Väter	Mütter	Väter	Mütter	Väter
ungelernte Arbeit	42,1	45,0	30,8	42,9	38, 3	44,2
Facharb., kl. Selbständ.	6,6	11,7	0	14,3	4,3	12,6
AkademikerIn, Selbständ.	3,9	5,0	2,6	5,7	3,5	4,3
arbeitslos	6,6	16,7	2,6	22,9	5,2	18,9
Hausfrau	38,2	0	59,0	0	45,2	0
RentnerIn	0	21,7	0	11,4	0	17,9
sonstiges	2,6	0	5,1	0	3,5	1,1

Wenn Hausfrauen und Rentner nicht mitgerechnet werden, ergibt sich ein Arbeitslosenanteil von 9,5% bei den Müttern und 21,8% bei den Vätern (bei den Vätern der Ambulanzfamilien 25,8%). In der Stadt Essen lag die Arbeitslosenquote für Arbeitnehmer aus der Türkei 1994 bei 22,8% und 1995 bei 23,9%.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, daß die vorliegende Stichprobe einen typischen Querschnitt der türkeistämmigen Wohnbevölkerung mit adoleszenten Kindern für das westliche Ruhrgebiet bietet. Eine Einschränkung ergibt sich insbesondere bezüglich des relativ hohen Anteils alleinerziehender Mütter, wobei valide Vergleichsdaten hierzu nicht vorliegen.

6.2 Familienmerkmale der Feldstichprobe

6.2.1 Beschreibung der Essener Feldstichprobe anhand des Ratings ReRi

Das Rating der Risiken und Ressourcen der Familienmitglieder und des Familiensystems wurde in Anlehnung an die kontextuelle Familientheorie entwickelt. Es werden fünf Dimensionen unterschieden, wobei die Dimensionen Biographie, Facts und Psyche für jedes Familienmitglied und die Dimensionen Transaktionen und Beziehungsethik für die Familie als Gesamtes im Rating erfasst wurden. Die nachfolgenden Tabellen geben die Verteilung der Feldfamilien im ReRi-Rating wieder. Weitergehende Datenanalysen werden in der Prüfung der Hypothesen vorgenommen werden.

Tabelle 57: Verteilung der Ressourceneinschätzung der Feldfamilien bezüglich der individuellen Dimensionen des ReRi-Ratings (Prozentangaben)

	Skalierung Ressourcen	1=keine/ geringe	2=mäßige/ wenige	3=hohe	4=sehr hohe
Väter (N=60)	Biographie	6,7	53,3	28,3	11,7
	Faktisches	3,3	28,3	55,0	13,3
	Psyche	6,7	50,0	31,7	11,7
Mütter (N=76)	Biographie	5,3	44,7	47,4	2,6
	Faktisches	3,9	39,5	48,7	7,9
	Psyche	2,6	47,4	35,5	14,3
Kinder (N=161)	Biographie	1,2	37,9	46,0	14,9
	Faktisches	3,1	32,3	49,7	14,9
	Psyche	10,6	44,7	35,4	9,3

Tabelle 58: Verteilung der Risikeneinschätzung der Feldfamilien bezüglich der individuellen Dimensionen des ReRi-Ratings.(Prozentangaben)

	Skalierung Risiken	1=keine/ geringe	2=mäßige/ wenige	3=hohe	4=sehr hohe
Väter (N=60)	Biographie	6,7	41,7	38,3	13,3
	Faktisches	13,3	33,3	35,0	18,3
	Psyche	15,0	35,0	36,7	13,3
Mütter (N=76)	Biographie	10,5	30,3	43,4	15,8
	Faktisches	5,3	36,8	44,7	13,2
	Psyche	18,4	35,5	38,2	7,9
Kinder (N=161)	Biographie	15,5	39,1	39,8	5,6
	Faktisches	14,3	44,1	31,7	9,9
	Psyche	28,0	46,0	15,5	10,9

Tabelle 59: Verteilung der Ressourcen- und Risikeneinschätzung der Feldfamilien bezüglich der familiären Dimensionen des ReRi-Ratings.(Prozentangaben)

	Skalierung	1=keine/ geringe	2=mäßige/ wenige	3=hohe	4=sehr hohe
Transaktionen	Ressourcen	5,2	33,8	42,9	18,2
	Risiken	15,6	49,4	29,9	5,2
Beziehungsethik	Ressourcen	1,3	44,2	35,1	19,5
	Risiken	15,6	41,6	32,5	10,4

6.2.2 Beschreibung der Essener Feldstichprobe anhand des Ratings SBK

Im Rating des Grades an Symptombelastung mindestens eines der Kinder in den Familien ergab sich die in der folgenden Tabelle wiedergegebene Verteilung. Demnach ist bei 60% der Familien keine nennenswerte Symptombelastung der Kinder festzustellen.

Tabelle 60: Verteilung der Feldfamilien nach dem Rating „Symtombelastung mindestens eines Kindes“

Skalierung der Symptombelastung	n	%
1 = keine	23	29,9
2 = gering	24	31,2
3 = deutlich	14	18,2
4 = stark	16	20,8

Der Anteil von knapp 40 % von Familien mit Symptombelastung bei einem der Kinder darf nicht fehlinterpretiert werden dahingehend, daß unter türkeistämmigen Familien in Deutschland eine in Relation zur autochtonen Bevölkerung stärkere Auffälligkeitsrate bestünde. Zieht man alle 161 Kinder heran, die im Rahmen der Interviewratings beurteilt wurden, so betrug die Quote verhaltensauffälliger resp. symptomatischer Kinder 24,8% (n=40). Dies stimmt überein mit Auffälligkeitsraten epidemiologischer Studien an autochtonen Kindern und Jugendlichen (s.auch Kap. 2.5.1)

6.2.3 Beschreibung der Essener Feldstichprobe anhand des Ratings EPP

Eine deutliche bis hohe Problembelastung wurde von 42 % der Familien angegeben. Hinsichtlich der eigenen Problemlösefähigkeiten schätzten sich 57 % der Familien als eher kompetent oder sehr kompetent ein. In der nachfolgenden Tabelle sind beide Ratings der Selbsteinschätzungen der Familien aufgeführt.

Tabelle 61: Subjektive Einschätzung der Problembelastung und eigenen Problemlösekompetenz der Feldstichprobe (N=77, Prozentangaben)

Problembelastung / Problemlösekompetenz	keine	geringe	deutliche	hohe
kaum	-	2,6	5,2	3,9
gering	3,9	9,1	11,7	6,5
hoch	3,9	23,4	9,1	5,2
sehr hoch	5,2	10,4	-	-

Fast die Hälfte der Familien (43 %) schätzt die eigenen Problemlösefähigkeiten als hoch bis sehr hoch ein bei gleichzeitig geringer Problembelastung in der Familie. Eine deutliche Problembelastung bei geringen Problemlösefähigkeiten war bei 27,3 % zu erfahren, was auch so interpretiert werden kann, als daß jede vierte Familie ein externes Unterstützungsangebot (sei es von der erweiterten Familie oder dem sozialen Umfeld oder von institutioneller Seite) annehmen könnte, ohne daß dies dem Selbstbild widersprechen müßte.

6.2.4 Beschreibung der Essener Feldstichprobe anhand der Clinical Rating Scale

Die Verteilung der Feldfamilien im 4 x 4 Felder Schema des Circumplex Models der Clinical Rating Scale (CRS) ist in der folgenden Tabelle wiedergegeben.

Tabelle 62: Verteilung der Feldstichprobe auf den Dimensionen Adaptabilität und Kohäsion nach dem Circumplex model (Prozentangaben; N=77)

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

Ein hoher Kohäsionsgrad ist in über 70 % der Familien festzustellen. Damit bestätigen sich Untersuchungen aus der Türkei, die eine hohe Familienkohäsion als kulturelle Norm für Familien in der Türkei beschrieben (Levi, 1984). Fast 80 % unserer Feldfamilien zeigten eine eher geringe Adaptabilität, so daß sie als strukturiert bis rigide eingestuft wurden.

Setzt man diese beiden Dimensionen des Circumplex models in Beziehung zu anderen Variablen des Teamratings und zu soziodemographischen Daten, so zeigen sich nach Spearman-Rang-Korrelation nur wenig Zusammenhänge. Der Kohäsionsgrad

ist höher in Familien mit hoher Kinderzahl (r= ,3195; p<.01), älteren Müttern (r= ,2460; p< .032), stärkerer Orientierung der Kinder an den Normen und Werten der elterlichen Herkunftskultur (r=,3849; p<.01), mehr türkeistämmiger Nachbarn (r= ,2716; p<.05) und einem höheren Offenheitsgrad im Interview (r=,2504; p<.05).

Mit anderen Merkmalen der Familien, wie sie z.B. in den Ratings zu den Risiken und Ressourcen der Familien und ihrer Mitglieder zum Ausdruck kommen, ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge. Dies gilt mit einer Ausnahme auch für die Adaptabilitätsdimension. Hier zeigten sich bedeutsame positive Zusammenhänge mit den faktischen Ressourcen der Kinder (r=,2444; p<.05) und der Aufenthaltsdauer der Mutter in Deutschland (r=,3168; p<.01). Je stärker die Eltern an Normen und Werten ihrer Herkunftskultur orientiert waren (r=-,3312; p<.01), je mehr sie über Ausländerfeindlichkeit klagten (r=-,2967; p<.05) und je stärker sie im Interview als misstrauisch erlebt wurden (r=-,3324; p<.05), umso rigider zeigten sie sich auf der Adaptabilitätsdimension des Circumplex models.

Wie im Methodik-Kapitel zur CRS (Kap. 5.3) beschrieben, nahmen wir eine Kategorisierung des 4 x 4 Felder Schemas des Circumplex models auf dem Hintergrund des Migrationsstatus der untersuchten Familien vor. Demnach wurden die Familien einem Wert auf einer Skala von funktional (=4) bis dysfunktional (=1) zugeordnet. Auf dem Hintergrund unserer Operationalisierung erscheint zwar das Postulat eines höheren Skalenniveaus gerechtfertigt, doch sollen die folgenden statistischen Analysen auf nonparametrische Verfahren beschränkt bleiben.

Nach der in diesem Sinne vorgenommenen Neukategorisierung der CRS (Operationalisierung s.Kapitel „Methodik“, 5.3) wären knapp 80 % der untersuchten Feldfamilien hinsichtlich ihres Kohäsions- und Adaptabilitätsniveaus im weitesten Sinne als funktional zu beschreiben (s. folgende Tabelle), wobei sich diesbezüglich Familien mit und ohne symptombelastete Kinder signifikant unterscheiden (U=348,5; df=76; p<.001).

Tabelle 63: Strukturelles Funktionsniveau der Feldfamilien nach der Neukategorisierung des Circumplex model (N=77; Prozentangaben)

	dysfunktional	migrationsinadäquat	migrationsadäquat	funktional
Familien ohne Symptombelastung der Kinder (n=47)	6,4	2,1	21,3	70,2
Familien mit Symptombelastung der Kinder (n=30)	36,7	6,7	30,0	26,7
Alle Feldfamilien	18,2	3,9	24,7	53,2

Familien, in denen eine Symptombelastung bei mindestens einem Kind beobachtet wurde, zeigen sich zwar in über der Hälfte der Fälle auf einem zumindest migrationsadäquaten Funktionsniveau, doch wären aus struktureller Sicht über ein Drittel dieser Familien als dysfunktional einzuordnen. Fünf von ihnen waren als verstrickt und rigide, vier Familien als losgelöst und chaotisch und je eine als verstrickt und chaotisch bzw. losgelöst und rigide beurteilt worden. In den Familien ohne Symptombelastung bei den Kindern ergaben sich zwar in über 10 % der Fälle verstrickte Muster, doch in keinem Fall ein chaotisches Adaptabilitätsniveau. (s. nachfolgendeTabellen).

*Tabelle 64: Verteilung der Feldfamilien **ohne Symptombelastung** bei den Kindern nach dem Circumplex model (Prozentangaben)*

Kohäsion Adaptablität	losgelöst	getrennt	verbunden	verstrickt	Summe
rigide	2,1	2,1	12,8	4,3	21,3
strukturiert	2,1	17,0	38,3	4,3	61,7
flexibel	0	10,6	4,3	2,1	17,0
chaotisch	0	0	0	0	0
Summe	4,2	29,7	55,4	10,7	100

*Tabelle 65: Verteilung der Feldfamilien **mit Symptombelastung** bei mindestens einem Kind nach dem Circumplex model (Prozentangaben)*

Kohäsion Adaptablität	losgelöst	getrennt	verbunden	verstrickt	Summe
rigide	3,3	0	16,7	16,7	36,7
strukturiert	0	3,3	20,0	10,0	33,3
flexibel	3,3	0	3,3	3,3	9,9
chaotisch	13,3	0	3,3	3,3	19,9
Summe	19,9	3,3	43,3	33,3	100

Rangkorrelationen zwischen dem strukturellen Funktionsniveau der Familien und anderen Variablen des Teamratings zeigen bedeutsame Zusammenhänge mäßiger Ausprägung mit den individuellen und familiären Ressourcen und Risiken. Höhere Ressourcen bei allen vier Dimensionen des kontextuellen Familienmodells von Boszormenyi-Nagy und Krasner (1986) gehen mit einem höheren strukturellen Funktionsniveau einher, während die Risiken mit Dysfunktionalität in einem bedeutsamen Zusammenhang stehen (s. nachfolgende Tabelle). Ein migrationsinadäquates bzw. dysfunktionales Funktionsniveau steht in Zusammenhang mit einem späteren Einreisealter der Mutter (r=-,28; p<.05), einer zeitweisen Trennung der Eltern im Rahmen der Migration (r=-,25; p<.05), einer stärkeren Orientierung der Eltern an den Werten und Normen der Herkunftskultur (r=-,28; p<.05), Konflikten auf der Elternebene (r=-,40; p<.001), zwischen Eltern und Kindern (r=-,31; p<.01) und zwischen den Geschwistern (r=-.32; p<.01). Zufriedenheit in der Familie (r=,49; p<.001), ein warmes Familienklima (r=,55; p<.001), eine realistische (r=,46; p<.001) und hoffnungsvolle Zukunftsorientierung (r=,43; p<.001) und eine Orientierung an den Werten und Normen der Aufnahmegesellschaft seitens der Kinder (r=,43; p<.001) und der Eltern (r=,43; p<.001) gehen einher mit einer migrationsadäquaten bzw. funktionalen Familienstruktur.

Die Skala „Strukturelles Funktionsniveau der Familie“, die in Anlehnung an das Circumplex model entwickelt wurde, scheint demnach geeignet zu sein, in klinischen Studien Anwendung zu finden. Für türkeistämmige Familien in Deutschland ließe sich

folgern, daß eine Betrachtung nach dem Kohäsions- und Adaptabilitätsgrad eher zu einer Pathologisierung im Sinne von „dysfunktional“ führen könnte, da diese Familien tendenziell höhere Kohäsions- und Rigiditätswerte aufweisen (im Sinne einer kulturellen Norm). Ein stärkerer Zusammenhalt unter den Familienmitgliedern mit einem stärkeren Festhalten an bestehenden innerfamiliären Beziehungs- und Interaktionsmustern kann funktional für das Leben in der Fremde sein in dem Sinne, daß das solidarische Familiennetzwerk dadurch eher erhalten bleibt und ein Pendant zu erlebter gesellschaftlicher Diskriminierung bildet. Hervorzuheben ist aber auch, daß ein bedeutsamer Zusammenhang besteht zwischen dem Funktionsniveau der Familie und der Orientierung von Kindern und Eltern an den Normen und Werten der Aufnahmegesellschaft.

Tabelle 66: Rangkorrelationskoeffizienten der Skala „Strukturelles Funktionsniveau“ mit Variablen der übrigen Ratings

Ratingvariablen	r=	p=
elterliche Ressourcen Biographie (RERI)	,2591	.023
elterliche Ressourcen Faktisches (RERI)	,3267	.004
elterliche Ressourcen Psyche (RERI)	,4782	.000
Kinder Ressourcen Biographie (RERI)	,3604	.001
Kinder Ressourcen Faktisches (RERI)	,5220	.000
Kinder Ressourcen Psyche (RERI)	,3135	.006
elterliche Risiken Biographie (RERI)	-,2074	n.s.
elterliche Risiken Faktisches (RERI)	-,3839	.001
elterliche Risiken Psyche (RERI)	-,4965	.000
Kinder Risiken Biographie (RERI)	-,2444	.032
Kinder Risiken Faktisches (RERI)	-,3848	.001
Kinder Risiken Psyche (RERI)	-,4925	.000
Transaktionen Ressourcen (RERI)	,5048	.000
Transaktionen Risiken (RERI)	-,5211	.000
Beziehungsethik Ressourcen (RERI)	,4910	.000
Beziehungsethik Risiken (RERI)	-,5436	.000
Familie zukunftsorientiert (EIR)	,4287	.000
Erwartungen realistisch (EIR)	,4586	.000
warmes Familienklima (EIR)	,5451	.000
Zufriedenheit der Familie (EIR)	,4872	.000
Konflikte auf der Elternebene (EIR)	-,4015	.000
Konflikte zwischen Eltern und Kindern (EIR)	-,3061	.007
Konflikte auf Geschwisterebene (EIR)	-,3218	.004

Betonung der kulturellen Normen und Werte der Heimat seitens der Eltern (EIR)	-,2626	.021
Betonung kulturelle Werte und Normen der BRD seitens der Eltern (EIR)	,4280	.000
Betonung kulturelle Werte und Normen der BRD seitens der Kinder (EIR)	,4279	.000
Migrationsalter der Mutter (ESD)	-,2766	.016
zeitweise migrationsbedingte Trennung der Eltern (ESD)	-,2489	.029
subjektiv empfundene Problembelastung (EPP)	-,4174	.000
eigene Problemlösemöglichkeiten (EPP)	,3019	.008

Im Rating EIR (vgl. Kap. 5.3.8.2) wurden getrennt für Eltern und Kinder kulturelle Orientierungsmaße festgehalten. Nach dem Akkulturationsmodell von Berry (1992) kann entsprechend der jeweiligen Orientierungen an den kulturellen Normen und Werten der Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft eine Zuordnung in ein Vierfelderschema vorgenommen werden. Eine geringe Orientierung an den kulturellen Vorgaben beider Gesellschaften wird mit Marginalisierung gleichgesetzt. Eine starke Orientierung an Normen und Werten der Herkunftskultur und gleichzeitig geringe Auseinandersetzung mit der Aufnahmekultur ist für Migranten typisch, die sich in einer segregierten Position befinden. Integration bedeutet eine gleichzeitig starke Orientierung an Normen und Werten beider Gesellschaften, bei der Assimilation besteht diese nur für die Aufnahmekultur.

Der in den Korrelationsrechnungen gefundene Zusammenhang zwischen strukturellem Funktionsniveau und Akkulturationstendenzen von Eltern und Kindern zeigt sich auch in den nachfolgenden beiden Tabellen, wonach als integriert oder assimiliert eingestufte Eltern fast ausschließlich den (in der Neukategorisierung nach dem Circumplex model) als funktional beurteilten Familien zuzuordnen wären. Ähnliches gilt auch für die Kinder. Zwar sind zwei Drittel der Familien, die eine segregierte Position beziehen, ebenfalls als funktional einzuordnen, doch kommen fast alle als dysfunktional beurteilten Familien aus segregierten oder marginalisierten Akkulturationspositionen.

Tabelle 67: Akkulturationsgrad der Eltern und strukturelles Funktionsniveau der Familie (Prozentangaben)

Strukturelles Funktionsniveau Akkulturationsgrad	dysfunktional (1 oder 2)	funktional (3 oder 4)
marginalisiert	22,2	77,8
segregiert	31,8	68,2
integriert	7,7	92,3
assimiliert	0	100

Tabelle 68: Akkulturationsgrad der Kinder und strukturelles Funktionsniveau der Familie (Prozentangaben)

Strukturelles Funktionsniveau Akkulturationsgrad	dysfunktional (1 oder 2)	funktional (3 oder 4)
marginalisiert	46,2	53,8
segregiert	33,3	66,7
integriert	20,0	80,0
assimiliert	11,4	88,6

6.2.5 Beschreibung der Essener Feldstichprobe anhand der CBCL

Remschmidt und Walter (1990) kommen in ihrer epidemiologischen Studie zu dem Schluß, daß aufgrund der CBCL-Ergebnisse bei ausländischen Schülern von einer mehr als doppelt so hohen Prävalenzrate an psychischen Störungen auszugehen ist als bei deutschen Schülern. Der Ausländerstatus wird folglich unter der Überschrift „Risikofaktoren psychischer Störungen“ aufgeführt. Es ist jedoch zu bedenken, daß die Stichprobe „ausländischer Kinder“ mit N=77 relativ klein war. Allochtone Kinder kommen zudem vorrangig aus Familien, die der Unterschicht zuzuordnen wären. Die Ergebnisse der Forschungsgruppe in Ankara zeigen, daß einerseits Eltern in der Türkei ein Antwortverhalten zeigen, das verglichen mit deutschen und amerikanischen Elternbeschreibungen mit höheren CBCL-Werten einhergeht, zudem mit Abnahme des sozioökonomischen Status eine weitere Zunahme am Gesamtscore zu verzeichnen ist (vgl. 1.-3. Tabelle des Abschnitts CBCL im Kapitel „Methodik“, 5.3.10). Zumindest für die Gruppe türkeistämmiger Familien in der Marburger Stichprobe könnte demzufolge angenommen werden, daß der Vergleich mit der autochtonen Vergleichsgruppe zu einer Überschätzung, damit übermäßigen Pathologisierung führt.

In unserer Essener Felduntersuchung wurden in 75 Familien die Fragen der CBCL im Beisein der Interviewer von den Erziehenden beantwortet. In die weitere Auswertung wurde 164 Fragebögen für die Alterspanne 6-19 Jahre übernommen. 70 % der Kinder und Jugendlichen, für die auswertbare Fragebögen vorlagen, sind in der Adoleszenzphase (12-19 Jahre). Entsprechend der Gesamtstichprobe besteht ein geringes Überwiegen des männlichen Geschlechts (55,5%).

Tabelle 69: Altersverteilung und Geschlechtsverteilung der Essener CBCL-Stichprobe (Prozentangaben)

	Altersgruppe 6-11 Jahre		Altersgruppe 12-19 Jahre	
	n	%	n	%
Jungen	25	15,2	66	40,2
Mädchen	24	14,6	49	29,9
Summe	49	29,9	115	70,1

In der folgenden Tabelle sind für die Syndromskalen und die übergeordneten Skalen der CBCL die Mittelwerte und Standardabweichungen der Essener Feldstichprobe (Altersgruppe 12-19 Jahre, n=115) aufgeführt. Für beide Geschlechter unserer Feldstichprobe gilt, daß auf fast allen Skalen eine eher geringe Auffälligkeit im Verhalten angegeben wurde.

Tabelle 70: Essener CBCL-Skalenrohwerte für die Altersgruppe 12-19 Jahre, getrennt nach Geschlecht

	Jungen (n=66)		Mädchen (n=49)	
Skalen	MW	SD	MW	SD
Sozialer Rückzug	1,56	2,32	2,16	2,82
Körperliche Beschwerden	0,59	1,35	1,59	2,53
Angst/Depressivität	2,67	3,15	3,37	3,82
Soziale Probleme	0,86	1,26	0,78	1,16
Schizoid/zwanghaft	0,59	1,48	0,59	1,29
Aufmerksamkeitsstörung	3,33	3,85	2,67	3,28
Delinquentes Verhalten	1,64	2,57	1,00	2,19
Aggressives Verhalten	3,55	4,46	3,33	4,67
INTERNALISIEREND	4,73	5,46	6,80	6,80
EXTERNALISIEREND	5,18	6,46	4,33	6,53
GESAMTAUFFÄLLIGKEIT	16,08	17,42	17,02	17,84

Die Abweichungen von der deutschen Normstichprobe sind hierbei geringer als die von der türkischen (s. nächste Tabelle). Die Unterschiede zur deutschen Normpopulation bleiben mit Ausnahme der Skala „Schizoid/zwanghaft“ unter 0,3 Standardabweichungen.

Auf den meisten Syndromskalen zeigen sich im Mittelwertvergleich mit der türkischen Normstichprobe signifikante Unterschiede für beide Geschlechter. Bei den Jungen unserer Stichprobe finden sich geringer ausgeprägt die Syndrombereiche Sozialer Rückzug ($t=2,67$; $p<.01$), Körperliche Beschwerden ($t=3,94$; $p<.001$), Angst/Depressivität ($t=5,16$; $p<.001$), Soziale Probleme ($t=3,26$; $p<.01$) und Agressives Verhalten ($t=3,73$; $p<.001$). Es finden sich auch weniger Internalisierende ($t=5,10$; $p<.001$) und Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten ($t=2,66$; $p<.01$). Der Gesamtauffälligkeitswert liegt ebenfalls in der Essener Stichprobe niedriger, als in der türkischen Normstichprobe ($t=4,59$; $p<.001$). Bei den Mädchen sind die Differenzen zur türkischen Normpopulation geringer ausgeprägt, finden sich aber in den Syndromskalen Angst/Depressivität ($t=3,59$; $p<.001$), Soziale Probleme ($t=3,26$; $p<.01$) und Aggressives Verhalten ($t=3,73$; $p<.05$), sowie auf der übergeordneten Internalisierungs-Skala ($t=3,12$; $p<.01$) und hinsichtlich des Gesamtwerts ($t=2,98$; $p<.01$).

Tabelle 71: Unterschiede in den Essener CBCL-Skalenrohwerten zu den Normen aus der der BRD und der Türkei (Z-Transformiert; Signifikanzprüfung über t-Test für unabhängige Stichproben)

	Jungen 12-19 Jahre Differenz in Standardabw.				Mädchen 12-19 Jahre Differenz in Standardabw.			
Skalen	TR	p<	BRD	p<	TR	p<	BRD	p<
Sozialer Rückzug	50	,01	**!Division durch Null**	n.s.	-4986	n.s.	**!Division durch Null**	n.s.
Körperliche Beschwerden	550	,001	6,8	,05	-549950	n.s.	-135	n.s.
Angst/Depressivität	990	,001	**!Division durch Null**	n.s.	-989690	,001	**!Division durch Null**	n.s.
Soziale Probleme	23	,01	**!Division durch Null**	n.s.	-2319	,01	**!Division durch Null**	n.s.
Schizoid/zwanghaft	**!Division durch Null**	n.s.	-4	,05	**!Division durch Null**	n.s.	84,2	n.s.
Aufmerksamkeitsstörung	**!Division durch Null**	n.s.	**!Division durch Null**	n.s.	**!Division durch Null**	n.s.	**!Division durch Null**	n.s.
Delinquentes Verhalten	**!Division durch Null**	n.s.	**!Division durch Null**	n.s.	**!Division durch Null**	n.s.	**!Division durch Null**	n.s.
Aggressives Verhalten	290	,001	**!Division durch Null**	n.s.	-290200	,05	**!Division durch Null**	n.s.
INTERNALISIEREND	870	,001	**!Division durch Null**	n.s.	-869800	,01	**!Division durch Null**0	n.s.
EXTERNALISIEREND	18	,01	**!Division durch Null**	n.s.	-1817	n.s.	**!Division durch Null**	n.s.

	Jungen 12-19 Jahre Differenz in Standardabw.				Mädchen 12-19 Jahre Differenz in Standardabw.			
Skalen	TR	p<	BRD	p<	TR	p<	BRD	p<
GESAMTAUFFÄLLIGKEIT	600	,001	**!Division durch Null**	n.s.	-600010	,01	**!Division durch Null**	n.s.

Verglichen mit der deutschen Standardisierungs-Stichprobe ergeben sich auf keiner der Skalen bedeutsame Unterschiede bei den Mädchen. Lediglich auf zwei Syndromskalen (Körperliche Beschwerden: t=2,16; p<.05 und Schizoid/zwanghaft: t=2,38; p<.05) weisen die Jungen der Essener Stichprobe etwas geringere Werte als die deutsche Vergleichsstichprobe auf. Somit erscheint es angemessener für unsere Stichprobe und unser Vorgehen (Interviewform in der Beantwortung der CBCL durch die Eltern), die deutschen Normen zur Grundlage zu nehmen.

Werden die deutschen Normen zugrundegelegt, so werden 19 Kinder und Jugendliche unserer Feldstichprobe nach dem Gesamtwert als auffällig beschrieben (T-Wert>=60). Die nächste Tabelle zeigt einen Vergleich zwischen den Zuordnungen nach Elternbeschreibung und nach klinischem Rating des Untersuchungsteams, in welches neben den Interviewtranskripten auch szenische Informationen und weitere Angaben der Mediatoren eingingen (siehe Kapitel ReRi und SBK). Es konnten nur n=136 CBCL-Antworten in diesen Vergleich eingehen, da Fragebögen auch für Kinder beantwortet worden waren, die im weiteren Interviewverlauf und im klinischen Rating nicht Berücksichtigung fanden.

Die klinische Zuordnung erfolgte nach dem Verhältnis der Risiken und Ressourcen auf der Ebene „Psyche“ (Rating ReRi), wobei diejenigen Kinder und Jugendlichen, die auf der Dimension „Psyche“ hohe bis sehr hohe Risiken (>2) aufwiesen und gleichzeitig die Ressourcen zur Kompensation dieser Risiken als nicht ausreichend (Risiken>=Ressourcen) beurteilt worden waren, als symptombelastet bzw. auffällig bewertet wurden.

Tabelle 72: Verteilung der Zuordnungen nach Teamrating (ReRi) und CBCL-Gesamtwert (N=136)

Teamrating (ReRi)	CBCL T>=60	CBCL T<60
klinisch unauffällig	7	101
klinisch auffällig	11	17

Während die CBCL-Antworten der Eltern in 82,4% der Fälle mit dem klinischen Urteil des Untersuchungsteams übereinstimmten, hatten bei 7 Kindern und Jugendlichen (5,1%) die Eltern mehr Verhaltensauffälligkeiten angegeben, als im Rating beobachtet wurde. In 17 Fällen (12,5%) hingegen hatten die Kinder und Jugendlichen abweichend vom klinischen Rating unauffälligere CBCL-Gesamtwerte. Dies ist umso bedeutsamer, da damit 60% der im klinischen Rating als auffällig beurteilten Kinder über die CBCL fälschlicherweise der unauffälligen Gruppe zugeordnet würden.

Die Korrelationen zwischen klinischem Urteil und den übergeordneten Skalen der CBCL erweisen sich zwar als nicht besonders hoch, doch bedeutsam. Die Schiefe der Verteilung und die ungleiche Aufteilung der dichotomen Kriterien mögen die Korrelationsstärke beeinflußt haben. Es kann demzufolge von einer substantiellen Übereinstimmung zwischen dem Rating des Untersuchungsteams und den Elternbeschreibungen in der CBCL ausgegangen werden.

Tabelle 73: Korrelationskoeffizienten zwischen Teamrating und übergeordneten CBCL-Skalen (N=136)

	CBCL Internalisierend	CBCL Externalisierend	CBCL Gesamtauffälligkeit
Kinder Ressourcen Psyche (ReRi)	-,159 (p=,064)	-,202 (p=,019)	-,238 (p=,005)
Kinder Risiken Psyche (ReRi)	,349 (p=,000)	,448 (p=,000)	,489 (p=,000)
klinisch auffällig nach ReRi	,331 (p=,000)	,440 (p=,000)	,466 (p=,000)

Die dem Teamrating widersprechenden Elternangaben, die immerhin 17,6% der Fälle ausmachen, können verschiedene Ursachen haben.

Der Fragebogen selbst ist zunächst als Forschungsinstrumentarium entwickelt worden und wird in der klinischen Praxis lediglich als Screening-Verfahren und zur Explorationshilfe eingesetzt. Unterschiede zum klinischen Urteil sind deshalb zu erwarten.

Eine Überschätzung von Verhaltensauffälligkeiten kann durch ein Missverstehen des Fragebogens und einzelner Items hervorgerufen worden sein (so sollen Verhaltensauffälligkeiten und nicht Verhaltensweisen kodiert werden). Es mag auch begründet sein im Interviewkontext, in dem Sinne, daß „Klinikern“ moderate Verhaltensabweichungen stärker betont präsentiert werden.

Eine Unterschätzung seitens der Eltern mag begründet sein in ihrem Bestreben, den Forschungsgegenstand „Familien aus der Türkei“ vorteilhafter darzustellen, einem Nichtsehen-wollen oder -können der Auffälligkeiten der Kinder, Ängsten vor institutionellem Einschreiten (wie es in einer Familie explizit geäußert wurde), oder einer Scham vor den Interviewern im Erstkontakt. Letzters kann auch verstärkt worden sein durch die Schamgefühle der Interviewer selbst. Traditionelle Höflichkeitsregeln werden durch direkte Fragen, die auch noch unerwünschte Verhaltensweisen betreffen, verletzt.[44] So kann z.B. Item 82 „Stiehlt anderswo“ als Unterstellung, als Heraufbeschwörung oder auch als institutioneller Übergriff mißverstanden werden. Diese Gefahren waren auch den Interviewern bewußt, so daß dadurch hervorgerufene eigene Hemmungen zu einer bagatellisierenden Tendenz auf Seiten der Interviewten geführt haben mögen.

[44] solche Fragen müßten jeweils von einem „Gott bewahre“ begleitet werden.

6.3 Familienmerkmale der Ambulanzstichprobe

6.3.1 Beschreibung der Ambulanzstichprobe anhand des Ratings ReRi

Die folgenden Tabellen geben die Verteilung der Ambulanzfamilien im ReRi-Rating wieder. Weitergehende Datenanalysen, insbesondere der Vergleich mit der Feldstichprobe, werden bei den jeweiligen Hypothesenprüfungen vorgenommen werden.

Tabelle 74: Verteilung der Ressourceneinschätzung der Ambulanzfamilien bezüglich der individuellen Dimensionen des ReRi-Ratings.(Prozentangaben)

	Skalierung Ressourcen	1=keine/ geringe	2=mäßige/ wenige	3=hohe	4=sehr hohe
Väter (N=35)	Biographie	11,4	65,7	22,9	-
	Faktisches	8,6	42,9	42,9	5,7
	Psyche	8,6	51,4	37,1	2,9
Mütter (N=39)	Biographie	7,7	79,5	10,3	2,6
	Faktisches	10,3	53,8	30,8	5,1
	Psyche	17,9	53,8	23,1	5,1
Kinder (N=62)	Biographie	11,3	29,0	43,5	16,1
	Faktisches	8,1	37,1	41,9	12,9
	Psyche	3,2	38,7	48,4	9,7

Tabelle 75: Verteilung der Risikeneinschätzung der Ambulanzfamilien bezüglich der individuellen Dimensionen des ReRi-Ratings.(Prozentangaben)

	Skalierung Risiken	1=keine/ geringe	2=mäßige/ wenige	3=hohe	4=sehr hohe
Väter (N=35)	Biographie	14,3	45,7	34,3	5,7
	Faktisches	14,3	25,7	40,0	20,0
	Psyche	11,4	45,7	37,1	5,7
Mütter (N=39)	Biographie	10,3	35,9	33,3	20,5
	Faktisches	10,3	25,6	33,3	30,8
	Psyche	7,7	53,8	17,9	20,5
Kinder (N=62)	Biographie	12,9	25,8	41,9	19,4
	Faktisches	9,7	27,4	43,5	19,4
	Psyche	12,9	19,4	35,5	32,3

Tabelle 76: Verteilung der Ressourcen- und Risikeneinschätzung der Ambulanzfamilien bezüglich der familiären Dimensionen des ReRi-Ratings.(Prozentangaben)

	Skalierung	1=keine/ geringe	2=mäßige/ wenige	3=hohe	4=sehr hohe
Transaktionen (N=40)	Ressourcen	5,0	57,5	32,5	5,0
	Risiken	2,5	27,5	55,0	15,0
Beziehungsethik (N=40)	Ressourcen	12,5	50,0	32,5	5,0
	Risiken	2,5	27,5	45,0	25,0

6.3.2 Beschreibung der Ambulanzstichprobe anhand des Ratings EPP

Eine deutliche bis hohe Problembelastung wurde von über 80 % der Familien angegeben. Hinsichtlich der eigenen Problemlösefähigkeiten schätzten sich ebenso viele Familien als weniger bis gar nicht kompetent ein. In der folgenden Tabelle sind beide Ratings der Selbsteinschätzungen der Ambulanzstichprobe aufgeführt.

Tabelle 77: Subjektive Einschätzung der Problembelastung und eigenen Problemlösekompetenz der Ambulanzstichprobe (N=40, Prozentangaben)

Problembelastung / Problemlösekompetenz	keine	geringe	deutliche	hohe
kaum	-	2,5	12,5	22,5
gering	-	10,0	7,5	27,5
hoch	-	2,5	5,0	7,5
sehr hoch	-	2,5	-	-

70 % der Ambulanzfamilien zeigten bei deutlicher bis hoher subjektiv empfundener Problembelastung ein geringes Zutrauen in die eigenen Problemlösefähigkeiten. 17,5 % der Ambulanzfamilien scheinen eine geringe Problembelastung zu empfinden, wobei 2 der 7 Familien die eigene Kompetenz als hoch empfindet. Zu vermuten ist eine deutlich fremdmotivierte Vorstellung dieser beiden Familien in der Institutsambulanz.

Ein Vergleich der Verteilung beider Stichproben (Feldfamilien und Ambulanzfamilien) zeigt, daß die Ambulanzfamilien eine signifikant höhere Problembelastung ausdrücken (μ_{AFam}=3,40) als die Feldfamilien (μ_{FFam}=2,44) (t=5,96; df=90,68; p<.001). Gleichzeitig empfinden sie eine geringere Problemlösekompetenz (μ_{AFam}=1,83 / μ_{FFam}=2,61) (t=4,91; df=88,75; p<.001).

6.3.3 Beschreibung der Ambulanzstichprobe anhand der Clinical Rating Scale

Die Verteilung der Ambulanzfamilien im 4 x 4 Felder Schema des Circumplex Models der Clinical Rating Scale (CRS) ist in der folgenden Tabelle wiedergegeben.

Tabelle 78: Verteilung der Ambulanzstichprobe auf den Dimensionen Adaptabilität und Kohäsion nach dem Circumplex model. (Prozentangaben; N=40)

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

Wie bei den Feldfamilien, ist auch bei den Ambulanzfamilien ein hoher Kohäsionsgrad festzustellen. 70% der Ambulanzfamilien zeigen sich als verbunden bis verstrickt. Sowohl die Dimension Adaptabilität betreffend, als auch hinsichtlich des Kohäsionsgrades ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zu den Feldfamilien (s.o.). Ein Vergleich gemäß der Symptombelastung in den Feldfamilien (s.o.) weist ebenfalls nicht auf statistisch bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der beiden Dimensionen der CRS hin.

Ähnlich wie die symptombelasteten Feldfamilien unterscheiden sich die Ambulanzfamilien jedoch von den Feldfamilien ohne Symptombelastung auf dem Hintergrund der Funktionalität hinsichtlich des Migrationsstatuses in dem Sinne, daß sie sich als weniger funktional erweisen (U=348,5; df=86; p<.001) (s.o.)

Tabelle 79: Strukturelles Funktionsniveau der Ambulanzfamilien nach dem Circumplex model (N=40; Prozentangaben)

dysfunktional	migrationsinadäquat	migrationsadäquat	funktional
18,2	3,9	24,7	53,2

6.4 Stichprobenbeschreibung der Expertenbefragung

Die Erstbefragung 1989 erfaßte 10 Experten, die damals in der Institutsambulanz tätig waren. Darunter waren vier Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (d.h. Ärzte, die eine mindestens 4jährige fachbezogene Weiterbildung abgeschlossen hatten), drei Assistenzärzte in einer derartigen Facharztweiterbildung (darunter zwei Fachärzte für Kinderheilkunde) und drei Klinische Psychologen. In der Ambulanz waren damit, wie unter Qualitätssicherungsaspekten gefordert, überwiegend Mitarbeiter mit langjähriger Berufserfahrung tätig. Es handelte sich um vier Frauen und sechs Männer.

Die Zweitbefragung 1995 umfaßte nach zwischenzeitlicher Stellenerweiterung 16 Experten, und zwar 12 mit Tätigkeit in der Institutsambulanz und vier mit Tätigkeit in der Tagesklinik. Diese Mitarbeiter teilten sich wie folgt auf: fünf waren Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, drei Assistenzärzte in Facharztweiterbildung, vier Klinische Psychologen und vier weitere 4 Familien- bzw. Spieltherapeuten. Diese Mitarbeiterschaft hatte ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis.

Es handelt sich jeweils um Kompletterhebungen der therapeutisch tätigen Mitarbeiter der jeweiligen Funktionsbereiche.

6.5 Stichprobenbeschreibung der Arztbriefanalyse

Es wurden 126 Arztbriefe über Patienten türkischer Herkunft, die im Zeitraum von 1983 bis Mitte 1996 in der Ambulanz vorgestellt[45] und von autochthonen Therapeuten untersucht wurden, einer Inhaltsanalyse unterzogen.

Die Altersspanne der vorgestellten Kinder liegt zwischen 1 und 21 Jahren. Der Median mit 54 % der Patienten zwischen 8 und 14 Jahren entspricht der Inanspruchnahme der Essener Institutsambulanz (vgl. Werk 1998). Die Geschlechtsverteilung ist ausgewogen (65 Mädchen und 61 Jungen), was nicht der üblichen Jungenwendigkeit in ambulanten Inanspruchnahmepopulationen entspricht (vgl. Werk 1998).

Der Anteil von Sonderschülern war (sofern Angaben dazu gemacht wurden) mit 16,7 % gegenüber der Normalbevölkerung deutlich erhöht, der Anteil an Schülern weiterführender Schulen mit 11,1 % auch gegenüber unserer Feldpopulation und den Essener Schulbesuchszahlen erniedrigt. Schulschwierigkeiten als ein Vorstellungsgrund unter anderen wurden bei 42,1 % benannt. Dies ist seltener als in der deutschen Inanspruchnahmepopulation, in der Schulschwierigkeiten bei 60 % angegeben werden (Schepker 1996).

Die Patienten wurden im Zeitraum von 1983 (Beginn der ersten Zusammenarbeit mit außerfamiliären Dolmetschern) bis 1996 in unterschiedlicher Häufigkeit von autochthonen Therapeuten untersucht; eine Abnahme der Häufigkeit erklärt sich durch den Dienstantritt des türkeistämmigen Therapeuten Mitte 1993 (s.Kap. 4 „Kommunale und institutionelle Rahmenbedingungen“).

Tabelle 80: Verfassungsdatum der untersuchten Arztbriefe

Jahr	1983	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96
n	5	2	10	11	8	4	10	21	17	13	8	9	6	2

Die Arztbriefe waren von 28 verschiedenen Therapeuten (11 Frauen und 17 Männern) verfaßt worden. Individuelle Therapeutenvariablen sind eine somit zu vernachlässigende Größe. Im Untersuchungszeitraum waren vier verschiedene Oberärzte oder Oberärztinnen für die Ambulanz zuständig, die in der Regel neben der Überprüfung der fachlichen Stimmigkeit keinen Einfluß auf inhaltliche Formulierungen in den Arztbriefen nahmen.

[45] Nicht einbezogen sind konsiliarische Vorstellungen, die aus institutionellen Gründen nur als sehr kurze Zusammenfassungen dokumentiert werden.

7 ERGEBNISSE

7.1 Fragestellung 1

Wieviel Wissen besteht bei Feldfamilien aus der Türkei mit adoleszenten Kindern über institutionelle psychosoziale Versorgungsangebote?

In der Literatur (s. Kapitel: Stand der Forschung) wird oft darauf hingewiesen, daß psychosoziale Versorgungsangebote von Migrantenfamilien seltener wahrgenommen werden als von Familien der Majoritätsethnie. Als ein Grund wird aufgeführt, daß derartige institutionelle Angebote wenig bekannt sind, da sie in den Heimatländern nicht existieren oder nicht in dieser Form flächendeckend verbreitet sind. Ein niedriger Bildungsstand, Segregationsprozesse im Aufnahmeland und eine wenig zielgruppenorientierte Öffentlichkeitsarbeit der Institutionen selbst werden als weitere Gründe aufgeführt.

Eine mögliche Schlußfolgerung wäre, daß bei Problemverhalten von Kindern (dies können schulische Schwierigkeiten sein, wo ansonsten eine Hausaufgabenhilfe, wie sie von der Regionalen Arbeitsstelle zur Förderung Ausländischer Kinder und Jugendlicher (RAA) angeboten wird, hilfreich wäre (vgl. Stadt Essen 1995), oder psychische Auffälligkeiten, die eine Indikation zur Vorstellung in einer kinderpsychiatrischen/-psychologischen Institution erforderten) Migrantenfamilien bevorzugt auf eigene Ressourcen zurückgreifen müssen, um der Not ihrer Kinder zu begegnen. Dies können innerfamiliäre Regulationsmechanismen sein oder das erweiterte eigenethnische soziale Umfeld, das in solchen Situationen zu Rate gezogen wird.

Es wäre davon auszugehen, daß Institutionen der Sozialberatung und der schulischen Förderung, die gezielt für die Migrantenethnien geschaffen wurden und seit über 20 Jahren tätig sind, durch ihre Alltagsnähe den Familien aus der Türkei im wesentlichen bekannt sind. Erziehungsberatungsstellen, erst recht psychiatrische Institutionen hingegen sind Sondereinrichtungen, die nur bei besonderem Bedarf aufgesucht werden. Psychotherapie ist schließlich ein sehr spezifisches Verfahren, eines von mehreren, die in psychosozialen Versorgungsinstitutionen angeboten werden. Es wäre also zu erwarten, daß sozialberaterische Institutionen bekannter sind als psychosoziale, und daß Vorstellungen über Psychotherapie als Behandlungsmöglichkeit wenig ausdifferenziert sind.

Um den Kenntnisstand über derartige Institutionen grob zu erfassen, wurde ein Ratingbogen erstellt (KPA, s. Kap. 3.2.6), der entsprechend der von den Familienmitgliedern im Interview gemachten Angaben (insbesondere zu den hypothetischen Problemstellungen und den Fragen gegen Ende des Interviews zur Institution) vom Projektteam ausgefüllt wurde.

In einem zweiten Untersuchungsschritt wurden nach Abschluß aller Ratings die Interviewtranskripte noch einmal inhaltsanalytisch ausgewertet. Hier interessierten die konkreten Antworten zu den Fragen nach hypothetischen Problemlösestrategien, zu Kenntnissen psychiatrischer Versorgungsangebote. Wünsche und Vorschläge der Familien an die Institutionen selbst sind unter Fragestellung 7 wiedergegeben.

7.1.1 Ergebnisse des Teamratings zum Kenntnisstand psychosozialer Angebote (KPA)

Werden alle 77 Feldfamilien herangezogen, so zeigt sich im Rating des Teams, daß zwar ca. 50% der Familien sich gut bis mäßig informiert über sozialberaterische und psychosoziale Beratungsmöglichkeiten zeigten, jede dritte Familie aber gar keine Kenntnis über psychosoziale Institutionen hatte (gegenüber 12% bezüglich sozialberaterischer Institutionen). Gute oder ausreichend klare Vorstellungen über Form und Inhalte von Psychotherapie konnten nur in jeder fünften Familie eruiert werden, wobei sich hier 56% der Familien vollkommen unwissend zeigten. Das muttersprachliche Angebot unserer Institutsambulanz war nur 8 von 77 Familien bekannt gewesen.

Tabelle 81: Prozentuale Verteilung des Kenntnisstandes über Beratungsmöglichkeitenin der Feldstichprobe (N=77, alle Angaben in Zeilen-Prozent)[46]

Skalen	1=keine K.	2=wenig K.	3=mäßige K.	4=differenz. K.
Sozialberaterische Institutionen	11,7	33,8	22,1	32,5
Psychosoziale Versorgungsangebote	35,1	14,3	22,1	28,6
Vorstellungen über Psychotherapie	55,8	24,7	9,1	10,4

Im Vergleich der Mittelwerte der 3 Skalen (nächste Tabelle) zeigen sich signifikante Unterschiede der Kenntnis zu diesen 3 Angeboten, wie es durch eine MANOVA ausgewiesen wurde ($F(2,152) = 44{,}24$; $p<.001$). Dabei fällt eine linear zunehmende Unkenntnis der Beratungsmöglichkeiten entsprechend ihrer Spezifität auf.

Tabelle 82: Mittelwerte der 3 KPA - Skalen zur Kenntnis über Beratungsmöglichkeiten in der Feldstichprobe (N=77)

Skalen	MW	STD
Sozialberaterische Institutionen	2,75	1,04
Psychosoziale Versorgungsangebote	2,44	1,24
Vorstellungen über Psychotherapie	1,74	1,01

Um mögliche Zusammenhänge für Kenntnis bzw. Unkenntnis von Beratungsmöglichkeiten näher zu erforschen, setzten wir die Einschätzungen auf den 3 KPA-Skalen mit Variablen der anderen Ratings in Beziehung.

Mäßige Korrelationen zeigen sich hinsichtlich der **Kenntnis psychosozialer Versorgungsangebote** und der innerfamiliären Einschätzung **eigener Problemlösefähigkeiten** (EPP) ($r=.34$, $p<.01$), der **väterlichen** bzw. **mütterlichen Ressourcen** auf der Dimension **Psyche** (ReRi) ($r=.30$ bzw. $r=.29$, $p<.05$), der **elterlichen Ressourcen** auf der Dimension **Biographie** (ReRi) ($r=.31$, $p<.01$), dem Grad an unberechtigtem **Misstrauen** der deutschen Umwelt gegenüber (EIR) ($r=-.25$, $p<.05$), der **Zukunfts-**

[46] zur Operationalisierung siehe Kapitel KPA

orientiertheit der Familie (EIR) (r=.25, p<.05), dem Realismus hinsichtlich der **Zukunftserwartungen** der Familie (EIR) (r=.28, p<.05), der **Heimatorientierung** der **Eltern** (r=-.34, p<.01) und der **Kinder** (EIR) (r=-.29, p=.01), der **Orientierung** der **Eltern an den Werten der Aufnahmegesellschaft** (r=.45, p<.001) und ebenso der **Kinder** (EIR) (r=.35, p<.01), dem S**chulbesuch der Mutter in Deutschland** (ESD) (r=.34, p<.01) und der **Aufenthaltsdauer des Vaters** in der BRD (r=.32, p<.05).

Schwache Korrelationen zeigen sich mit der Einschätzung der **psychischen Ressourcen der Kinder** (ReRi) (r=.17, p<.05) und dem **Gesamtscore** der **CBCL** (r=-.18, p<.05).

Ähnlich hohe Korrelationskoeffizienten ergeben sich hinsichtlich der **Vorstellungen über Psychotherapie** und der innerfamiliären Einschätzung **eigener Problemlösefähigkeiten** (EPP) (r=.33, p<.01), der **väterlichen** bzw. **mütterlichen Ressourcen** auf der Dimension **Psyche** (ReRi) (r=.46 bzw. r=.31, p<.01), der **elterlichen Ressourcen** auf der Dimension **Biographie** (ReRi) (r=.40, p<.001), dem Grad an unberechtigtem **Misstrauen** der deutschen Umwelt gegenüber (EIR) (r=-.23, p<.05), der **Zukunftsorientiertheit** der Familie (EIR) (r=.24, p<.05), dem Realismus hinsichtlich der **Zukunftserwartungen** der Familie (EIR) (r=.25, p<.05), der **Heimatorientierung** der **Eltern** (r=-.30, p<.01) und der **Kinder** (EIR) (r=-.27, p<.05), der **BRD-Orientierung** der **Eltern** (r=.44, p<.001) und der **Kinder** (EIR) (r=.26, p<.05), dem **Schulbesuch der Mutter in Deutschland** (ESD) (r=.28, p<.05) und der **qualifizierten Berufstätigkeit des Vaters in der Türkei** (r=.35, p<.05).

Schwache Korrelationen zeigen sich mit der Einschätzung der **psychischen Ressourcen der Kinder** (ReRi) (r=.18, p<.05) und dem **Gesamtscore** der **CBCL** (r=-.18, p<.05).

Tabelle 83: Korrelationskoeffizienten der 3 KPA-Skalen mit Variablen der übrigen Ratings

Ratingvariablen	Sozialberaterische Institutionen	Psychosoziale Versorgungsangebote	Vorstellungen über Psychotherapie
eigene Problemlösemöglichkeiten (EPP)	,24 (p=,039)	,34 (p= ,003)	,33 (p= ,004)
väterl. Ressourcen Psyche (RERI)		,30 (p= ,021)	,46 (p= ,000)
mütterl. Ressourcen Psyche (RERI)		,29 (p=,013)	,31 (p=,006)
Kinder Ressourcen Psyche (RERI)		,17 (p=,035)	,18 (p=,022)
elterliche Ressourcen Biographie (RERI)		,31 (p=,007)	,40 (p=,000)
Kinder Ressourcen Facts (RERI)			,25 (p=,029)
Misstrauen der dtsch. Umwelt ggenüber (EIR)		-,25 (p=,031)	-,23 (p=,045)
Familie zukunftsorientiert (EIR)		,25 (p=,030)	,24 (p=,034)
Erwartungen realistisch (EIR)		,28 (p=,016)	,25 (p=,032)
Betonung der kulturellen Identität der Heimat seitens der Eltern (EIR)		-,34 (p=,002)	-,30 (p=,008)

Betonung kulturelle Werte und Normen der BRD seitens der Eltern (EIR)	,25 (p=,030)	,45 (p= ,000)	,44 (p=,000)
Betonung kulturelle Identität der elterl. Heimat seitens der Kinder (EIR)		-,29 (p=,010)	-,27 (p=,018)
Betonung kulturelle Werte und Normen der BRD seitens der Kinder (EIR)		,35 (p=,002)	,26 (p=,021)
schlechte Wohnbedingungen			-,23 (p=,046)
Schulbesuch Mutter (ESD)		,032 (p=,005)	
Schulbesuch in BRD Mutter (ESD)		,34 (p=,003)	,28 (p=,013)
qualif. Berufstätigk. in TR Vater (ESD)		,34 (p=,031)	,35 (p=,028)
Aufenthaltsdauer Vater BRD (ESD)		,32 (p= ,014)	
Kinder fühlen sich meist gut drauf (LOC)	-,25 (p=,009)	-,24 (p=,013)	-,22 (p=,022)
Gesamtscore CBCL		-,18 (p=,031)	-,18 (p=,039)

7.1.2 Ergebnisse der Inhaltsanalyse zu hypothetischen Problemen

Alle Interviewfamilien wurden zu Ursachen und Lösungsmöglichkeiten bei vier Problembereichen befragt:

Körperliche Beschwerden ohne somatisches Korrelat,

Störung des Sozialverhaltens (z.B. Schule schwänzen, herumstreunen, weglaufen, stehlen),

Sucht- bzw. Drogenproblematik und

emotionale Störungen (z.B. Angst, sozialer Rückzug).

Um durch diese Fragen möglicherweise hervorgerufene Ängste und Schamgefühle zu reduzieren, sollten die Familienmitglieder dazu Stellung nehmen, was sie einer befreundeten Familie raten würden, wenn bei deren Kindern derartige Schwierigkeiten aufträten. Um ein sozial erwünschtes Antwortverhalten nicht stärker zu provozieren, wurde auf die Beantwortung der gestellten Fragen nicht insistiert, falls verwertbare Spontanantworten ausblieben. Ausnahme: wenn bei der Frage nach Somatisierungen (Körperliche Beschwerden ohne somatisches Korrelat) organische Ursachen und Lösungen angeboten wurden, wurde die Frage wiederholt mit der Betonung darauf, daß bisherige medizinische Untersuchungen keine Ergebnisse erbracht hätten.

Gegen Ende des Interviews wurden die Familien auch zu eigenen Erfahrungen mit psychiatrischen Institutionen und zu ihren diesbezüglichen Kenntnissen befragt. Zum Abschluß wurde noch um Vorschläge für einen besseren institutionellen Zugang zu türkeistämmigen Familien gebeten.

7.1.2.1 Ursachen für emotionale und Verhaltensauffälligkeiten

Rein rechnerisch stellt es sich zunächst so dar, daß die Familien zu den Ursachen der einzelnen Problembereiche weniger Angaben machten als Lösungsvorschläge.

Tabelle 84: Auswertbare Angaben zu Ursachen und Lösungsmöglichkeiten vorgegebener hypothetischer Verhaltensauffälligkeiten (N=77, Prozentangaben)

	Ursachen	Lösungen
Somatisierung	37,7	88,3
Deviantes Sozialverhalten	59,7	85,7
Drogenproblematik	37,7	94,8
Emotionale Störungen	39,0	66,2

Für psychosomatische Beschwerden, soziale Verhaltensauffälligkeiten und Drogenprobleme wurden an erster Stelle innerfamiliäre Ursachen benannt. Diese nehmen für emotionale Störungen erst den zweiten Rang ein. Hier scheint psychischen Bedingungsfaktoren eine stärkere Rolle zugeschrieben zu werden, wobei zu berücksichtigen ist, daß zu dieser Störungsgruppe die wenigsten Angaben gemacht wurden. Als ursächlich für Ängste wurden ferner angegeben: Horrorfilme (2) und Ausländerfeindlichkeit (1). Eine Familie sah als Ursache für Drogenprobleme das Abweichen vom Islam an.

Erklärungen scheinen sich am ehesten für sozial abweichendes Verhalten zu finden. Neben innerfamiliären Bedingungsfaktoren wurde dem „schlechten Umgang“ des Kindes, aber auch schulischen Problemen eine nennenswerte Bedeutung beigemessen. Die Gefahr, durch Freunde zum Drogenkonsum verführt zu werden, wurde deutlich hervorgehoben. Zusammengefasst erscheint es so, daß neben innerfamiliären Faktoren, psychische Fehlentwicklungen für emotionale und Somatisierungsstörungen verantwortlich gemacht werden, wogegen dies bei den sozial devianten und süchtigen Jugendlichen einen nur sehr geringen Stellenwert hat.

Wie in der nächsten Tabelle abgebildet, haben innerfamiliäre Konstellationen und Regulationsmechanismen in der Ursachenzuschreibung einen zentralen Stellenwert für alle Störungsgruppen.

Tabelle 85: Mögliche Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten

	Somatisierung	Sozialverhalten	Drogenproblematik	Emotionale Störungen
innerfamiliär	20	35	18	10
soziales Umfeld	-	18	14	-
medizinische Gründe	5	-	-	2
schulische Probleme	1	8	1	-
psychisch bedingt	11	2	3	15
Böser Blick	1	-	-	1
Nennungen Gesamt	38	63	36	28

Das Versagen der Familie in ihren emotional haltgebenden und materiell versorgenden Funktionen scheint hier am bedeutsamsten zu sein. Eine fehlende elterliche Zu-

wendung, zu wenig Liebe und Harmonie in der Familie und ein Übermaß an Strenge sollen körperliche Beschwerdeäußerungen und Angstzustände bei Kindern verursachen. Eine materielle Unterversorgung der Kinder wurde nur bei Diebstählen angegeben. Bei sozial devianten Verhaltensweisen sei auch eine zu milde Erziehungshaltung der Eltern verantwortlich zu machen.

Tabelle 86: Innerfamiliäre Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten

	Somatisierung	Sozialverhalten	Drogenproble-matik	Emotionale Störungen
mangelnde elterliche Zuwendung	12	13	10	1
mangelnde materielle Versorgung (Taschengeld)	-	16	-	-
Zerrüttung in der Familie	5	7	5	5
falsche Erziehung, zuwenig Strenge	-	9	1	-
falsche Erziehung, zuviel Strenge/ Druck	3	2	2	4
Vernachlässigung	1	1	3	-

7.1.2.2 Lösungsvorschläge bei emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten

Lösungsmöglichkeiten für emotionale und Verhaltensauffälligkeiten sind abhängig vom Störungsbild unterschiedlich verteilt.

Tabelle 87: Lösungsvorschläge bei emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten

	Somatisierung	Sozialverhalten	Drogenprob-lematik	Emotionale Störungen
innerfamiliäre Lösungen	11	57	40	18
Kontrolle d. sozialen Umfelds	-	9	19	-
institutionelle Kontrolle (Polizei...)	-	7	4	-
medizinische Behandlung	45	2	33	18
schulische Interventionen	-	5	2	-
psychologisch/ psychiatrische Behandlung	11	11	29	18
Heiler	10	1	1	17
Hausmittel	16	-	-	-
Nennungen Gesamt	93	92	128	70

Bei der Somatisierungsstörung wurde innerfamiliären Regulationen ein geringer Stellenwert eingeräumt. Die erste Anlaufstelle sind in den Augen der Familien Haus- und Kinderärzte, wobei bei fast der Hälfte der diesbezüglichen Antworten ein Arztwechsel empfohlen wurde, sollten bisherige Untersuchungen und Behandlungen kein Ergebnis erbracht haben. Obwohl im Interview nachdrücklich darauf hingewiesen wurde, daß somatische Untersuchungen im hypothetischen Fall keine Hinweise für eine organische Erkrankung ergeben hätten, wurde in den meisten Familien die Gleichsetzung von körperlichen Beschwerden und organischen Ursachen nicht aufgehoben. Auf dem zweiten Rang finden sich entsprechend Hausmittel, wie warme Umschläge und Kräutertees. Das Aufsuchen eines Heilers wurde immerhin in jeder achten Familie zusätzlich zum Kontaktieren eines Arztes angegeben. In jeder siebten Familie wurde eine psychische Genese als Möglichkeit anerkannt und eine psychotherapeutische Behandlung vorgeschlagen.[47]

Letzteres gilt auch für emotionale Störungen, wie Angstzustände. Ärzte, Psychologen, aber auch Heiler gelten als Fachleute, die in diesem Fall aufzusuchen seien, wobei sie sich nicht gegenseitig ausschließen müssen. Innerfamiliären Bewältigungsmöglichkeiten wurde keine hervorgehobene Bedeutung zugemessen.

Die folgende Tabelle gibt die Bedeutung innerfamiliärer Regulationsmechanismen bei Störungen des Sozialverhaltens und Drogenproblemen wieder. Während bei emotionalen Störungen (Depressivität und Angst) ein stärkeres liebevolles Kümmern und das Bemühen um Gespräche mit dem Kind genannt wurden, wurde eine derartige Zuwendung zwar auch bei den sozial devianten Verhaltensbereichen gefordert, gleichzeitig aber auch ein härteres Durchgreifen der Eltern, wenn das Zureden nicht helfen sollte. Ein mehr an Strenge und Bestrafung wurde fast nur von den Vätern formuliert, ebenso eine Lösung des Kindes von seinem sozialen Umfeld und eine diesbezügliche stärkere Kontrolle und Überwachung. Hinsichtlich der Häufigkeit der gemachten Angaben unterschieden sich die Väter aber nicht von den Müttern, was die übrigen innerfamiliären Lösungsvorschläge betraf. Dies betrifft auch den Vorschlag, insbesondere bei Drogenproblemen die Kinder für eine befristete Zeit in die Türkei zu schicken, da ein Zugang zu Drogen dort erschwert sei.

Hervorzuheben bleibt noch, daß institutionellen Kontrollinstanzen und Schulen als Anlaufstelle nur eine geringe Bedeutung zukommt.

Tabelle 88: Innerfamiliäre Regulationsmechanismen bei Verhaltensauffälligkeiten

	Somatisierung	Sozialverhalten	Drogenproblematik	Emotionale Störungen
elterliche Zuwendung und Liebe, gut zureden, überzeugen vom richtigen Weg	11	52	35	18
materielle Versorgung (mehr Taschengeld)	-	5	-	-

[47] Deutlich wurde uns in den Interviews, daß eine Vorstellung von Psychotherapie im westlichen Verständnis sehr viel voraussetzt: letztendlich eine Akzeptanz der Leib-Seele-Dichotomie, die ja auf dem Hintergrund agrarkultureller Erfahrungswelten der überwiegend bäuerlich sozialisierter Eltern nicht selbstverständlich ist. „Für viele meiner Landsleute“ erklärte uns ein Vater, gibt es die feinen Unterschiede nicht: ein Arzt für die Seele, einer für die inneren Organe, einer für die Nerven ... genauso wie die Leute nicht unterscheiden können in: ein Sektglas, ein Weinglas, ein Wasserglas.“

mehr Strenge, Tracht Prügel, bestrafen, bei der Polizei anzeigen	-	13	7	-
vom Freundeskreis lösen, Umgang kontrollieren	-	13	21	-
in die Türkei schicken	-	2	7	-

7.1.2.3 Kenntnisse über Psychiatrie und Psychotherapie

Gegen Ende jedes Interviews wurden die Familien explizit gefragt, was sie sich unter den Begriffen Psychiatrie und Psychotherapie vorstellen. In jeder fünften Familie wurde angegeben, daß man sich darunter nichts vorstellen könne. Aber auch die meisten übrigen Familien hatten nur sehr vage Vorstellungen. Ein Drittel der Familien hatte - oft auf explizite Nachfrage - von der bekanntesten Psychiatrischen Klinik in der Türkei (Bakirköy - Istanbul) gehört. In drei Familien wurde angegeben, daß Verwandte dort behandelt worden seien.

Eigene Behandlungserfahrungen in psychiatrischen Kliniken, bei Nervenärzten oder Beratungsstellen in Deutschland wurden in jeder fünften Familien angegeben. Hinzu kommen zwei Familien, deren Kinder in unserer Klinik behandelt wurden, wobei den Eltern dies jedoch nicht bewußt war. Vielmehr waren die Eltern jeweils davon ausgegangen, daß ihre Kinder in der Kinderklinik behandelt würden. In der einen Familie, deren Sohn zwei Monate stationär, anschließend seit zwei Jahren ambulant behandelt wurde, löste diese Information eine starke Abwehr aus. Ihr Sohn sei doch nicht etwa in der „Irrenanstalt“ gewesen.

Derartige Vorurteile gegenüber psychiatrischen Kliniken zeigten sich in 27 % der Familien. Psychiatrien seien „Klapsmühlen“, dort würde man erst recht „verrückt“, die Patienten seien alle „durchgedreht“ oder „gefährlich für andere“.

Es wurde meist nicht zwischen Beratungsstellen und Psychiatrien unterschieden. Eine türkeistämmige Psychologin, die in einer städtischen Beratungsstelle tätig ist, wurde in acht Fällen genannt. Ein seit 30 Jahren in der Nachbarstadt Gelsenkirchen im stationären Bereich tätiger türkischer Psychiater war weiteren acht Familien dem Namen nach oder persönlich bekannt.

Wenig differenziert sind Kenntnisse über Indikation und Behandlungsformen. Über die Hälfte der befragten Familien benannte psychische Probleme und Erkrankungen, Krisen und Suizidalität als Gründe für eine psychiatrische Behandlung. In jeder fünften Familie wurden zerrüttete „Nerven“, „Nervosität“ und Übererregbarkeit als mögliche Vorstellungsgründe benannt.

Nur in jeder elften Familie wurde angegeben, daß im Rahmen der psychiatrischen Behandlung auch Medikamente Anwendung fänden. In drei Familien herrschte sogar die Meinung vor, daß gerade in psychiatrischen Kliniken nicht medikamentös behandelt würde, da nicht Medikamente, sondern Gespräche hälfen. In 43 % der Familien wurden demgemäß problemzentrierte Gespräche als Behandlungsform genannt (bei über 50 % angegebener Unkenntnis über Psychotherapie). Differenziertere Kenntnisse über psychotherapeutische Vorgehensweisen fanden sich in jeder fünften Familie, wobei spezifische Therapieformen (Gespräche über Kindheit und Probleme in der Vergangenheit, Familiengespräche, Hypnose) in 16 % der Familien angegeben wurden.

Tabelle 89: Angaben zu Kenntnissen über Psychiatrie und Psychotherapie

	n
Unwissenheit über Psychiatrie	16
Unwissenheit über Psychotherapie	39
Bakirköy - Istanbul	25
Behandlung Eltern (Nervenärzte, Psychiatrie)	
Mütter	8
Väter	3
Familie	3
Behandlung Kinder (EB, KJP)	7
Behandlung Verwandte oder Bekannte	
BRD	6
Türkei	3
Nennung türkischer Psychiater/Psychologen	16
Vorurteile	21
Indikation psychische Probleme/Krankheiten, Krisen, Suizidalität	42
„Nerven“	15
Medikamentöse Behandlung	7
Gespräche über Probleme	33
davon: Gespräche über Kindheit	6
spez. Therapieformen	13

7.1.2.4 Diskussion des Kenntnisstandes psychosozialer Angebote

Der Kenntnisstand der sozialberaterischen und psychosozialen Institutionen hinsichtlich ihrer Existenz und Zielsetzungen unterscheidet sich. Während nur 10% der untersuchten Feldfamilien sich über schulische Fördermöglichkeiten und sozialberaterische bzw. sozialarbeiterische Beratungsangebote unwissend zeigten, hatten gut ein Drittel der Familien keine Kenntnisse von weitergehenden psychosozialen Angeboten, die bei Problembelastungen in der Familie in Anspruch genommen werden könnten. Nur jede fünfte Familie konnte mehr oder minder gute Vorstellungen über Ziele und Inhalte psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen kenntlich machen. Diese signifikante Abnahme der Kenntnisse bezogen auf die zunehmende Spezifität der Angebote ist insofern nachvollziehbar, als daß sozialberaterische Maßnahmen alltagsnäher sind, während die Inanspruchnahme von Psychotherapie einer Selektion unterliegt. Aus epidemiologischen Studien ist ja bekannt, daß lediglich 20-27 % der Kinder und Jugendlichen einer derartigen Hilfe bedürfen.

Der unterschiedliche Kenntnisstand hinsichtlich psychosozialer Beratungsangebote und von Kenntnissen über Psychotherapie scheint zwar mit elterlichen Ressourcen

auf der Ebene Psyche und der Biographie zusammenzuhängen, auch Sozialisationsgesichtspunkte (Schulbildung der Mutter, Aufenthaltsdauer des Vaters in der BRD) haben einen Einfluß, doch bedingen weder die Auffälligkeiten der Kinder noch Faktoren wie erlebte Ausländerfeindlichkeit, familiäre Transaktionsmuster oder die Zugehörigkeit der Eltern zur ersten oder zweiten Generation (Einreisealter bis 16 Jahre) eine Kenntnis bzw. Unkenntnis der verschiedenen Angebote. Somit bestand kein Zusammenhang des Wissens um Beratungsmöglichkeiten mit dem Ausmaß eventueller Verhaltensauffälligkeiten. Tendenziell ($r = .24$, $p = .008$) wußten die Familien mit problematischen Kindern eher um das muttersprachliche Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie, hatten jedoch keine genaueren inhaltlichen Vorstellungen.

Eine stärkere elterliche Orientierung an den Normen und Werten des Aufnahmelandes korreliert mit der Kenntnis psychosozialer Versorgungsangebote, während ein Verhaftetsein mit Normen und Werten der Herkunftskultur bei gleichzeitig geringer Auseinandersetzung mit der Aufnahmegesellschaft (57% der Familien) mit einer geringeren Kenntnis einhergeht. Dies mag verstärkt sein dadurch, daß es viele von der Inanspruchnahme einer psychiatrischen Institution abschreckende Vorinformationen aus dem Herkunftsland gab. Bakirköy als bedrohlich erlebtes Beispiel für eine psychiatrische Institution wurde spontan von 21 Familien (27 %) benannt. Daneben fanden sich landläufige Beschreibungen von Anstaltspsychiatrie (Klapsmühle für Geisteskranke, Verrückte, Asoziale, Einsperren, gefährliche Irre) bei ebenfalls 27 %. Ein reines Informationsdefizit, das durch das Verteilen von Faltblättchen aufzuheben wäre, liegt demnach mit Sicherheit nicht vor.

7.1.2.5 Diskussion der Ergebnisse der Inhaltsanalyse zu hypothetischen Problemstellungen

Ursachen für emotionale und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen wurden in der Regel im innerfamiliären Bereich gesehen. Hierin spiegelt sich der tradierte hohe Wert, der der Familie beigemessen wird. Die emotionale Zuwendung der Eltern ist für alle Problembereiche bedeutsam, eine genügende materielle Versorgung wird als präventiv für delinquente Entwicklungen gesehen. Gerade in diesem Bereich wird aber auch einer nachlässigen Erziehungshaltung eine ursächliche Rolle zugeschrieben. „Pädagogische“ Haltungen gehen über Kontrolle der Kinder und des Umgangs im Sinne einer externalen Steuerung von Verhalten bei der Mehrheit der befragten Eltern nicht hinaus. Bei Störungen des Sozialverhaltens werden die Väter stärker gefordert - hier geht es im Sinne einer familiären Verantwortung für kindliches Verhalten um das Ansehen der Familie nach außen im Rahmen des Begriffs von Ehre (seref). Das Achten der Autorität des Vaters und die Außendarstellung der Familie überwiegt in dieser Auffassung eine individuelle Wertorientierung, so daß sich die Familien in ihrem Antwortverhalten noch stark in dem in Kapitel 2.2. beschriebenen traditionalistischen Rollengefüge befinden. Pädagogisch folgen daraus bei diesem Störungsbild eher restriktive Regulationsformen.

Emotionalen Fehlentwicklungen liegen in den Augen der Familien am häufigsten von allen hypothetischen Problemen auch individuelle psychische Störungen zugrunde. Der Somatisierungsstörung, die vielfach im Rahmen einer depressiven Entwicklung auftritt, und der Angststörung liegen nach Auffassung der Familien nicht nur (körperliche) Ursachen im Individuum zugrunde, sondern vorrangig innerfamiliäre Disharmonie und Strenge. Der appellative Charakter körperlicher Beschwerden wird gesehen, da als häufige Ursache mangelnde elterliche Zuwendung benannt wird. Da sich eine Verwöhnhaltung als erste Antwort auf sämtliche Störungen feststellen läßt; wird damit ein sekundärer Krankheitsgewinn eher wahrscheinlich. Diesem Denksystem dürfte es

eher fern liegen, externe Hilfen für psychische Störungen von Kindern zu bemühen, da die Zuwendung von Eltern im Familiensystem nur innerhalb der Verwandtschaft ersetzbar ist.

Interessanterweise fanden sich magische Attribuierungen (z.B. Böser Blick) nur in zwei Ausnahmefällen (möglicherweise bedingt durch die Interviewsituation mit gebildeten Gesprächspartnern), das Aufsuchen von traditionellen Heilern wurde jedoch bei emotionalen Störungen nahezu gleich häufig genannt wie psychologische und psychiatrische Interventionen oder eine medizinische Behandlung. Im Vergleich mit der Untersuchung von Ruhkopf et al. (1993) besteht eine gleich geringe Fähigkeit, Störungen ursächlich zuzuordnen (verwertbare Angaben in nur etwa 1/3 der Familien) bei deutlich häufigeren Angaben zu möglichen Lösungsstrategien, jedoch eine deutlich seltenere Häufigkeit magischer Ursachenattribuierungen. Auch die bei Ruhkopf postulierte Dichotomie zwischen „Hoca-Krankheiten“, worunter vor allem die psychischen Erkrankungen zu zählen seien, und „Ärzte-Krankheiten“ läßt sich nicht nachvollziehen. Damit ist das Überliefern magischer Attributionen und Behandlungskonzepte nicht als Ursache für eine Inanspruchnahmebarriere psychosozialer Hilfen durch betroffene Familien identifizierbar - im Gegenteil gaben manche Familien im Sinne eines Polypragmatismus häufig mehrere Wege an. Bei Interventionen durch einen Heiler wurde der damit verbundene Suggestiveffekt von einigen Interviewfamilien explizit benannt (es hilft nur denen, die daran glauben).

Daraus folgt letztlich, daß die befragten Familien einer Familienberatung/-therapie em ehesten aufgeschlossen wären, da die „innere Landkarte“ für seelische Störungen selbstverständlich von der Eingebundenheit der Kinder ins familiäre System ausgeht und da die Familie insofern auch als verantwortlich für Störungen und deren Behebung gesehen wird. Einzeltherapie bei wird nur bei emotionalen Fehlentwicklungen (Depressivität, Ängste, Schmerzen) in Betracht gezogen. Damit sind die Eltern mit ihrem Erfahrungswissen und intuitiv sehr nah an dem, was die paradigmatische Wende in der Therapieforschung mit dem Aufkommen familientherapeutischer Verfahren an neuen Möglichkeiten erbrachte.

7.2 Fragestellung 2

Inwieweit wurden seitens der Ambulanzfamilien aus der Türkei andere psychosoziale Institutionen vor dem Aufsuchen der Klinik in Anspruch genommen?

Das Aufsuchen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist naturgemäß weder für Migranten noch für deutsche Familien der erste Schritt bei Problemen mit Kindern in einer Familie, sofern eigene innerfamiliäre Ressourcen nicht mehr als ausreichend angesehen werden. Zuerst wird mit Lehrern, Ärzten, Verwandten, (Vereins-) Freunden gesprochen und beraten. Für einige nur Migrantenfamilien offenstehende Problemlösungen wie Heiratsmigration ist unsere jugendliche Klientel zumeist zu jung gewesen. Magische Heilmethoden werden oft parallel zu einer schulmedizinischen Vorstellung angewandt und häufiger nach als vor einem institutionellen Hilfeersuchen (s. Kap. 2.5. „Stand der Forschung“), sie wurden im ambulanten Vorgehen hier nicht explizit erfragt. Interessant war im Zusammenhang familiärer Bewältigungsstrategien und institutioneller Angebote vordringlich zu erfahren, welche weiteren institutionellen Möglichkeiten von hilfesuchenden Familien vorher wahrgenommen waren.

Inanspruchnahme wird bei einzelnen Familien durch sehr unterschiedliche Faktoren bedingt. Jüngere Altersstufen werden weniger institutionelle Karrieren gemacht haben als Jugendliche mit langer Krankheitsvorgeschichte. Die Zuweisung durch Ärzte

oder Erzieher kann sehr früh erfolgen, eine adäquate Beratung kann jedoch auch aufgrund eines monokulturellen Habitus der jeweiligen Institution lange Zeit ausgeblieben sein. Wer, wann, mit welcher Vorgeschichte und in welchem Zuweisungskontext unsere Klinik aufsuchte, ist also jeweils im Einzelfall zu prüfen und zu beantworten. Das allgemeine Rating kann nur auf Trends weisen.

In der folgenden Tabelle ist das vorherige psychosoziale Inanspruchnahmeverhalten der Ambulanzfamilien wiedergegeben. Demnach hatte gut die Hälfte der Ambulanzfamilien bezüglich des aktuell beklagten Störungsbildes zuvor andere psychosoziale Versorgungsangebote im engeren Sinne aufgesucht (wie Haus- und Kinderärzte, niedergelassene Nervenärzte, Erziehungsberatungsstellen, die Drogenhilfe, oder andere psychiatrische Institutionen oder Kinderkliniken)[48]. Doch nur jede 10. Familie hatte differenzierte Vorstellungen hinsichtlich eines psychotherapeutischen Behandlungsrahmens.

Auffallend war weiterhin, daß entgegen unserer Vorannahmen sozialberaterische Institutionen relativ selten in Anspruch genommen worden waren. Dies wäre als Indiz dafür zu werten, daß sozialberaterische Institutionen, wie Türkdanis, in ihrer Funktion, aber auch in ihrer Begrenztheit bekannt sind. Konsequenterweise werden erzieherische Schwierigkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten der Kinder überwiegend nicht dort, sondern in ärztlichen und psychologischen Sprechstunden thematisiert. Dies weist auf die diesbezügliche Aufgeschlossenheit der Eltern hin, ebenso wie der Umstand, daß immerhin 40% der Ambulanzfamilien unser muttersprachliches Versorgungsangebot bekannt war (gegenüber gut 10% bei den Feldfamilien). Dies kann aber auch Ausdruck einer mangelnden Bekanntheit und Verankerung von niedrigschwelligen Versorgungsangeboten (z.B. Hausaufgabenhilfen der RAA, Förderunterricht an der GHS Essen) sein.

Tabelle 90: Prozentuale Veteilung der Vorerfahrungen der Ambulanzfamilien mit Institutionen der psychosozialen Versorgung (N=40, alle Angaben in Zeilen-Prozent)[49]

Skalen	1=keine Nutzung	2=inadäquate N.	3=mäßig adäquate N.	4=adäquate N.
Sozialberaterische Angebote	67,5	5,0	7,5	20,0
Psychosoziale Angebote	42,5	5,0	5,0	47,5
Vorstellungen/ Erfahrungen mit Psychotherapie	70,0	12,5	7,5	10,0

Einerseits lassen die Daten folgern, daß für etwa die Hälfte der Familien die kinderpsychiatrische Ambulanz einen Endpunkt im Durchlaufen der psychosozialen Versorgungskette hin zu differenzierteren Fragestellungen und Interventionsmöglichkeiten darstellt, wie in der ursprünglichen Hypothese vermutet. Daraus, daß das muttersprachliche Angebot nur 40 % der Familien bekannt war und Vorstellungen über Psychotherapie nur einem Zehntel, läßt sich jedoch auch ableiten, daß ein beträchtlicher Anteil der aufsuchenden Familien im Sinne einer Polypragmasie das bestehende Angebot nur versuchsweise aufsuchte. Desweiteren bestanden bei einem Teil der Patienten auch direkte, fremdmotivierte Zuweisungen durch andere Institutionen, wie der

[48] siehe Operationalisierung in Kapitel KPA, 5.3.6
[49] zur Operationalisierung siehe Kapitel IPA, 5.3.7.

Verweis auf die Ambulanz zu gutachterlichen Fragestellungen oder zur Klärung schulischer Entscheidungen (disziplinarischer Natur und zur Klärung einer Schullaufbahnentscheidung, z.B. über die Gesundheitsämter), die für die betroffenen Familien nicht mit einer Aufklärung über das Behandlungsspektrum einhergegangen waren.

7.3 Fragestellung 3

Es wird erwartet, daß Jugendliche in den "wenig symptomatischen" Familien eine höhere Internalität im Sinne eines selbstattribuierten "locus of control" aufweisen.

Die ursprüngliche Fassung als Hypothese 3[50] mußte revidiert werden. Dieser Hypothese lag die Annahme zugrunde, einer der Verarbeitungsmodi sogenannter risikoreicher Lebensbedingungen sei eine höhere Externalität (bzw. geringere Internalität) hinsichtlich des „Locus of control", d.h. der Einschätzung des Einflusses auf die Ereignisse des eigenen Lebens. Zum Zeitpunkt der Generierung dieser Hypothese waren die Vorstudien[51] noch nicht abgeschlossen. In der Vorstudie, der Normierungsuntersuchung des verwendeten Instrumentes für jugendliche Migranten aus der Türkei, wurden recht niedrige Korrelationen der Kontrollüberzeugungen mit erfragten Risikofaktoren belegt. Die in der ursprünglichen Hypothese benannten Risikofaktoren wurden dort in einer Fragebogenerhebung erfaßt und nach Risikofaktoren der familiären Umgebung (beengte Wohnverhältnisse, schlechte Wohnbedingungen, mehr als 3 Kinder, Mutter/Vater dörflicher Herkunft, Heimunterbringungen, Arbeitslosigkeit des Vaters sowie „keine hilfreichen Verwandten in der Nähe"), nach Risikofaktoren aus der Biographie (mehr als 3 Umzüge, Trennungen von den Eltern länger als 3 Monate, Zustand nach schwerer Krankheit oder Unfall) und nach Risikofaktoren der aktuellen Befindlichkeit unterteilt (körperliche Beschwerden, „meistens schlecht drauf", subjektive Bewertung der Schulleistungen als „schlecht")[52]. Nach den Ergebnissen der repräsentativen Befragung türkeistämmiger Schüler an Haupt- und weiterführenden Schulen waren die Korrelationen der drei kumulativen Risikoskalen einzeln und auch die der kumulierten Risiken insgesamt mit der erzielten „Externalität" in Form des LOC-Gesamtscores nur gering (r= .13 - .19 für die einzelnen Skalen und r= .27 für die kumulierten Risiken).

Eine Extremgruppenuntersuchung der Vorstudie zeigte sogar einen gegenläufigen Trend: die Jugendlichen mit außergewöhnlich hohen Externalitätswerten auf der Kontrollüberzeugungsskala hatten eher niedrige Werte auf den Risikoskalen. Hierbei kam höhere Externalität am häufigsten gemeinsam mit sozialen Belastungen vor, wie hohe Kinderzahl, schlechte Wohnbedingungen und dörfliche Herkunft der Eltern.[53]

Damit war die Aussagekraft des Kontrollüberzeugungs-Instruments für die formulierte Fragestellung schon durch die Ergebnisse der Vorstudie zur Normierung als eingeschränkt zu betrachten.

---

[50] *„Reale Lebenserfahrungen vor und während der Migration haben einen Einfluß darauf, welchen "locus of control" sich Jugendliche in den Familien auf ihre Lebensbedingungen zuschreiben. Eine Kumulation belastender Lebensereignisse oder problematischer Lebensbedingungen wie z. B. Trennungen in der Kindheit, soziale Verpflanzung, schlechte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit eines Elternteils, Tod eines Elternteils, soziale Diskriminierung, Sprachprobleme verringern das Maß an interner Kontrollüberzeugung bei mindestens einem der Jugendlichen.." (Folgeantrag an die DFG vom Mai 1994)*

[51] veröffentlicht als: Insallah oder: packen wir's an - zu Kontrollüberzeugungen von deutschen und türkischen Schülern im Ruhrgebiet, Schepker 1995

[52] vgl. Schepker 1995, S. 40

[53] vgl. Schepker 1995, S. 44

Die durchgeführte Feldbefragung ergab über die Normierungsuntersuchung hinaus den Vorteil, Geschwister aus Familien mit demnach vergleichbaren familiären Lebensbedingungen in ihren Kontrollüberzeugungen miteinander vergleichen zu können, desweiteren konnten die faktischen Bedingungen direkt anstelle durch Fragebogen erhoben werden. Darüberhinaus erlaubte das nun gewählte Vorgehen, die Kontrollüberzeugungen im Interview mit Rückfragemöglichkeiten zu erheben auch im Gegensatz zur Vorstudie die Einbeziehung von Sonderschülern, sofern diese kognitiv zum Verstehen der Fragen in der Lage waren. In Verbindung mit der Gesamtfragestellung des Projekts war darüberhinaus zu untersuchen, inwieweit familiendynamische Faktoren Einfluß auf Kontrollüberzeugungen haben können.[54]

Die Fragestellung ging nun von der Überlegung aus, daß wenig symptomatische und „erfolgreiche“ Familien in der Migration eher internale Kontrollüberzeugungen ihrer Kinder aufweisen würden, wie es die Ausgangsbefunde der epidemiologischen Kauai-Langzeitstudie (Werner u. Smith 1977) nahelegen, in der internale Kontrollüberzeugungen, mit dem hier verwendeten Instrument gemessen, ein Prädikator für aktuelle und spätere psychische Gesundheit sowie sozialen Erfolg waren.

7.3.1 Ergebnisse

Von 111 jugendlichen Kindern in 74 der untersuchten Familien wurden auswertbare Kontrollüberzeugungsfragebögen in die weitere Analyse einbezogen.

In der Auswertung wurden die Skalen entsprechend den Normen nach Schepker (1995) gemäß der Schulform und des Geschlechtes in ein 3stufiges Rating (I=internal, O=Normalbereich, E = External) überführt, wobei I und E sich durch jeweils mindestens eine Standardabweichung vom Mittelwert der Kurzform der Skala definierten.

I,O und E zeigten sich für die Gesamtgruppe der befragten Jugendlichen annähernd normalverteilt.

Tabelle 91: Verteilung von Internalität u. Externalität bei Jugendlichen in Feldfamilien

	n	%
Internale Kontrollüberzeugungen	18	16,2
Normalbereich	64	57,7
Externale Kontrollüberzeugungen	29	26,1

Ging man weitergehend vom Vergleich von Geschwisterpaaren aus, fanden sich in je einer Familie in insgesamt 30 Familien mit mehreren Kindern folgende Verteilungen:

[54] Eine solche Fragestellung ging über die Möglichkeiten der Fragebogenerhebung in der Vorstudie hinaus und war ursprünglich in Hypothese 4 enthalten: *Es wird erwartet, daß die "wenig symptomatischen" Familien mehr selbstattribuierten "locus of control" bei den Jugendlichen (im Sinne von Internalität) aufweisen.*

Tabelle 92: Unterschiedliche Richtungen der Kontrollüberzeugungen in Feldfamilien (n=13)

I-O-Kombinationen	7
E-O-Kombinationen	5
E-O-I- Kombination	1

Tabelle 93: Gleiche Richtungen der Kontrollüberzeugungen in Feldfamilien (n=17)

übereinstimmend O-O	10
übereinstimmend E-E	5
übereinstimmend I-I	2

Familientypische Muster im Sinne der Fragestellung unserer Studie waren damit nicht nachweisbar. Übereinstimmende und nicht-übereinstimmende Richtungen der Kontrollüberzeugungen bei Geschwistern waren nicht unterschiedlich verteilt, so daß man, unterstellt man einen Einfluß familiärer Faktoren auf Kontrollüberzeugungen, nicht von einer gleichsinnigen Wirkung auf individuelle Kinder ausgehen kann. Dies ist übrigens für viele andere Faktoren der Fall, d.h. Kinder in den gleichen Familien können sehr unterschiedlich auf ähnliche Bedingungen reagieren.

Im nächsten Schritt führten wir die bei Schepker (1995) empfohlenen Einzelfallanalysen durch. Es fanden sich bei 19 von den 29 external orientierten Jugendlichen (d.h. bei 65,5 %) objektive Belastungen und belastende Lebensereignisse, die im Sinne des Kontrollüberzeugungs-Konstruktes ein Erleben von mangelnden Einflußmöglichkeiten und geringer Selbsteffizienz begünstigen könnten, d.h. unabhängig von der individuellen Persönlichkeit. Am häufigsten war dies Arbeitslosigkeit oder Krankheit des Familienvaters, bei engen Wohnverhältnissen und Schulschwierigkeiten kamen in der Regel noch weitere Faktoren hinzu.

Tabelle 94: Reale Lebenserfahrungen / Belastungen und externale Kontrollüberzeugungen (n=29 Jugendliche)

Art der Belastung	n	%
Biographische Belastungen (Tod e. Elternteils, Betreuungswechsel u.a.)	4	13,8
Arbeitslosigkeit / Krankheit d.Vaters	9	31,0
Belastend erlebte enge Wohnverhältnisse	5	17,2
Davon: Enge Wohnverhältnisse u.s. soziale Probleme	(3)	(10,3)
Mehrere aktuelle Belastungen (Schule, Soziales Umfeld)	1	3,4
Keine erkennbaren Belastungen	10	34,5

Aktuelle Probleme des jeweiligen Jugendlichen fanden sich nur ausnahmsweise im Vordergrund möglicher Bedingungsfaktoren für Externalität

Biographische Belastungen bestanden in 2 Fällen im Verlust des Vaters durch Krankheit und Tod, in zwei Fällen durch häufige Betreuungswechsel und Trennun-

gen. Die Anzahl an Jugendlichen in unserer Feldpopulation mit derartigen belastenden Lebensereignissen in ihrer Biographie allein, die keine Externalität der Kontrollüberzeugungen zeigte, war jedoch ebenso groß wie die derjenigen Jugendlichen, bei denen sich eine bestehende Externalität der Kontrollüberzeugungen möglicherweise solchen Ereignissen attribuieren ließ.

Die 10 Jugendlichen aus der Gruppe mit Externalität der Kontrollüberzeugungen, bei denen keine aktuellen oder vergangenen Belastungen bestanden, lebten überwiegend in großfamiliären, monoethnisch geprägten Strukturen (1/3 der Externalen) . Bei diesen wäre Externalität möglicherweise als Ausdruck einer altruistisch-kollektivistischen Orientierung zu verstehen (bzw. im Sinne sekundärer Kontrollüberzeugungen aus Übergangsgesellschaften nach Seginer et al. 1993).

Im nächsten Auswertungsschritt wurden die Kinder aus „funktionalen“ und „dysfunktionalen“ Familien gemäß der unter Fragestellung 6 erfolgten typologischen Zuordnung (s.u.) hinsichtlich der E-O-I-Zuordnungen verglichen.

Tabelle 95: Verteilung von Internalität-Externalität der Kinder auf funktionale und dysfunktionale Familien

Kontrollüberzeugung	Funktionale Familien (59 Kinder)	Dysfunktionale Familien (52 Kinder)
Internal	10	8
Normbereich	33	31
External	16	13

Die Verteilung zeigt keinen signifikanten Unterschied

Damit hat das Leben in einer funktionalen Familie in der Untersuchungspopulation keinen fördernden Einfluß auf die Internalität der Kontrollüberzeugungen. Es ließ sich eine Zuordnung zur subjektiven Zufriedenheit und hoffnungsvollen Zukunftsorientierung der Familien , die hoch mit der Symptombelastung der Kinder korrelierte (gemäß Fragestellung 6, s.u.) nicht in Zusammenhang mit der Richtung der Kontrollüberzeugungen bei den Jugendlichen bringen, weder in funktionalen noch in dysfunktionalen Familien.

7.3.2 Diskussion

Internalität versus Externalität als ein vielfach determiniertes Konstrukt ist nicht einseitig auf familiär gelebte Haltungen zurückzuführen. Weder ließ sich eine gleichsinnige Orientierung von Geschwistern regelhaft nachweisen, noch eine statistische Auswirkung des Lebens in einer funktionalen oder dysfunktionalen Familie.

Die Ergebnisse zu dieser Fragestellung belegen jedoch die Bedeutung des Ausfüllens der väterlichen Rollenfunktion für das Selbsteffizienzerleben der Kinder und die (vgl. Fragestellung 4 und Fragestellung 6) Bedeutung von sozialem Erfolg und Erreichen des Migrationszieles.

Der Anteil an Sonderschülern (siehe Stichprobenbeschreibung), deren Antworten wie die von Hauptschülern gewertet wurden, hat das Gesamtbild nicht in Richtung auf Externalität verschoben. Somit hat die - mit dem Sonderschulbesuch verbunden geringere - Aussicht auf Partizipation am gesellschaftlichen Leben als Einzelfaktor im Fall der hier befragten Jugendlichen keinen deutlichen Einfluß auf die Richtung der Kontrollüberzeugungen.

Deutlich ließ sich das durchaus übliche Vorkommen externaler Kontrollüberzeugungen im Typ der kohäsiven, monokulturell und damit kollektivistisch orientierten Familie nachweisen, die (vgl. auch Familienmerkmale in Kap. 6.3.3) in unserer Befragung häufig vertreten waren. Wie bei der Einteilung gemäß der Clinical Rating Scale müssen Kontrollüberzeugungsergebnisse auch nach Normierung an der jugendlichen Migrantenpopulation eine kulturspezifische individuelle Bewertung erfahren. Mögliche Hinweise auf den geringen Ertrag des Einsatzes des Kontrollüberzeugungs-Instrumentes ergeben sich damit auch aus dessen Konstruktion: das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen berücksichtigt nicht die Möglichkeit der Koexistenz z.B. von magischen Überzeugungen und Selbsteffizienz, von hierarchischen Familienentscheidungs-Prozessen und egalitären Peergruppenprozessen.

Ob sich, einem Hinweis aus Studien in der Türkei folgend (Kagitçibasi 1996), in der untersuchten Population noch Zusammenhänge von Externalität und religiöser Erziehung finden lassen, müßte in weiteren Einzelfallanalysen näher untersucht werden und wurde im Rahmen der Gesamtfragestellung der Studie nicht weiter verfolgt.

7.4 Fragestellung 4.1

Es bestehen Unterschiede zwischen inanspruchnehmenden und nichtinanspruchnehmenden Familien mit mindestens einem symptomatischen Kind bezüglich des Ausmasses von Risiken und Ressourcen auf den Ebenen der Transaktionen und der Beziehungsethik in der Familie.

Wenn es sich so verhält, daß in knapp 40% der untersuchten Feldfamilien mindestens ein Kind als deutlich bis stark psychisch auffällig eingeschätzt werden kann (vgl. Kap.6.2.2. „Familienmerkmale der Feldstichprobe- Rating SBK“), ohne daß diesbezüglich psychosoziale Institutionen aufgesucht werden, so stellt sich als nächstes die Frage, worin dieses Nichtaufsuchen begründet sein mag und danach die Frage, ob diese Familien sich in ihrer Struktur und Dynamik von aufsuchenden Familien unterscheiden.

Eine Möglichkeit, die Nicht-Inanspruchnahme bei Auffälligkeit der Kinder zu erklären wäre die, daß es außer einer Inanspruchnahme von psychosozialen / psychiatrischen Diensten eigene, intrafamiliäre Bewältigungsstrategien für bestehende Verhaltensauffälligkeiten von Kindern geben muß: Regulationsfähigkeiten, auf die eine Familie spontan zurückgreift, solange die innerfamiliären Ressourcen ausreichen, den innerfamiliären Risiken zu begegnen. Hierzu würde das Verfügen über Sanktionen ebenso zählen wie das Verfügen über Gesprächsmöglichkeiten und Hilfestellungen, sowie das Suchen nach Kooperationspartnern und Hilfe außerhalb der Kernfamilie, ohne daß dies den Rang professioneller Hilfestellung einnähme.

Diese Familien würden also über verhältnismäßig gute eigene Regulationsfähigkeiten und Ressourcen verfügen, und sie würden Probleme in der Erziehung der Kinder weitgehend mit eigenen Mitteln bewältigen. Es bestünde ein Erfahrungswissen mit der realistischen Einschätzung, man komme sowohl mit der Definition als auch der Klärung und Bewältigung einer Erziehungsschwierigkeit allein zurecht.

Derartige Ressourcen in den Familien müßten sich gemäß des Studiendesigns in erster Linie auf den familienbezogenen Dimensionen (Transaktionen und Beziehungsethik) unseres Ressourcen-Risiken-Ratings (ReRi) in der Skalenstärke abbilden. Zu erwarten wäre in diesen Familien ein unausgewogenes Verhältnis von Risiken und Ressourcen zugunsten der Ressourcen.Gute innerfamiliäre Ressourcen (auf den E-

benen der Transaktionen und der Beziehungsethik) würden demnach professionelle Hilfe überflüssig machen, sofern die Ressourcen die Risiken übersteigen.Dies auch dann, wenn eines der Kinder oder auch die Eltern erhöhte Risikowerte auf den individuellen Dimensionen (insbesondere Dimension Psyche) aufweisen.

Es ist aber auch die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, daß Familien ihre auffälligen Kinder nicht institutionell vorstellen, da sie über relativ wenig eigene Regulationsmöglichkeiten im Verhältnis zu den bestehenden Problemen verfügen. Aufgrund dieses Mangels wären solche Familien weder in der Lage, bestehende Probleme bei den Kindern zu erkennen, noch entsprechend dieser Erkenntnis zu handeln.

Solche Familien wären auch nicht in der Lage, Hilfsbedürftigkeit zu definieren, Hilfe zu suchen bzw. überhaupt an Hilfsmöglichkeiten zu glauben. In diesen Familien wäre zu erwarten, daß auf den familienbezogenen Dimensionen die Risiken bei weitem höher als die Ressourcen eingeschätzt wurden, d.h. daß ein Mißverhältnis zwischen Risiken und Ressourcen zugunsten der Risiken besteht.

Dies wäre theoretisch dann der Fall, wenn Kinder in Familien deshalb Symptome entwickeln, weil sie kraß ausgebeutet werden (mißbraucht, mißhandelt etc.), weil eine generelle Hilflosigkeit besteht und die Transaktionen völlig chaotisch sind, oder wenn die Familienmitglieder derart voneinander entfremdet sind, daß individuelle Probleme nicht mehr wahrgenommen werden. Hilfen von außen sind dann entweder nicht möglich oder nicht praktikabel und gehören deshalb nicht zu dem Repertoire an Bewältigungsformen einer Familie, die trotz Bedürftigkeit den professionellen Hilfsangeboten fernbleibt.

Daher beinhaltet unsere hypothetische Formulierung, daß ein unausgewogenes Verhältnis von Risiken und Ressourcen auf der Ebene der Familienratings - als Mißverhältnis egal in welche Richtung - eine geringere Inanspruchnahme begründen könnte.

Bei Bestätigung dieser Annahme würde es anschließend der genaueren Beschreibung aus dem Interview- und Beobachtungsmaterial obliegen nachzuvollziehen, ob hierbei migrantentypische Ressourcen, Risiken oder Regulationsformen beschreibbar sind, die dazu gereichen könnten, die Diskrepanz zum Inanspruchnahmeverhalten autochthoner Familien aufzuklären.

7.4.1 Ergebnisse

Für n=30 Feldfamilien mit symptomatischen Kindern und n=40 Ambulanzfamilien wurden die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Dimensionen Transaktionen und Beziehungsethik berechnet und jeweils über einen t-Test für unverbundene Stichproben miteinander verglichen.

Tabelle 96: Mittelwerte und Standardabweichungen der familienbezogenen Dimensionen für beide symptombelastete Stichproben

	Belastete Feldfamilien (n=30)		Ambulanzfamilien (n=40)	
	MW	SD	MW	SD
Transaktionen Ressourcen	2,30	0,750	2,38	0,667

	Belastete Feldfamilien (n=30)		Ambulanzfamilien (n=40)	
	MW	SD	MW	SD
Risiken	2,73	0,691	2,83	0,712
Beziehungsethik				
Ressourcen	2,30	0,651	2,30	0,758
Risiken	2,93	0,868	2,93	0,797

Die Mittelwerte der Ratings von Transaktionen und Beziehungsethik beider Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Risiken- und Ressourcen-Werte nicht. Somit wären die durchschnittliche Ausprägung der familiären Risiken und Ressourcen beider Gruppen einander ähnlich.

Allerdings hatten wir, wie eingangs aufgeführt, angenommen, daß in den Feldfamilien mit symptomatischen Kindern ein Ungleichgewicht zwischen Risiken- und Ressourcenausprägung in beide Richtungen bestehen könne.

7.4.1.1 Verhältnis von Risiken und Ressourcen für die Dimension Transaktionen

In der Feldstichprobe fanden sich unter den 30 Familien mit symptomatischen Kindern nur sechs, die auf der transaktionalen Ebene über höhere Ressourcen als Risiken verfügten, d.h. im Sinne der hypothetischen Überlegungen auf gute eigene Regulationsformen zurückgreifen konnten. Doppelt soviele Familien hatten umgekehrt geringe Ressourcen und zeigten eine hohe Risikobelastung. Eine ähnliche Verteilung ist auch für die Ambulanzfamilien zu verzeichnen.

Tabelle 97: Verteilung von Risiko- und Ressourcenausprägung auf der Dimension **Transaktionen** *für beide symptombelastete Familiengruppen (alle Angaben in Prozent)*

Zwecks Übersichtlichkeit wurden die jeweiligen Ausprägungsgrade in zwei Gruppen zusammengefaßt. Die Ausprägungsgrade 1 und 2 weisen auf geringe, 3 und 4 auf hohe Ausprägungsstärke hin. Zum Vergleich werden die Daten für die Feldstichprobe ohne Symptombelastung bei den Kindern ebenfalls aufgeführt.

Transaktionen	Belastete Feldfamilien (n=30)		Ambulanzfamilien (n=40)		Unbelastete Feldfamilien (n=47)	
Risiken	gering (1-2)	hoch (3-4)	gering (1-2)	hoch (3-4)	gering (1-2)	hoch (3-4)
Ressourcen gering(1-2)	20,0	40,0	7,5	55,0	10,6	14,9
Ressourcen hoch(3-4)	20,0	20,0	22,5	15,0	70,2	4,3

7.4.1.2 Verhältnis von Risiken und Ressourcen für die Dimension Beziehungsethik

20 Familien (2/3 der auffälligen Feldstichprobe) wurden vom Forschungsteam als gering in den Ressourcen hinsichtlich der Beziehungsethik bei gleichzeitig hohen Risiken eingestuft. Aber auch hier ähnelt die Gruppe der symptombelasteten Feldfamilien den inanspruchnehmenden Ambulanzfamilien, wobei bei diesen die Besonderheit auffällt, daß jede vierte Familie über gleichzeitig hohe Ressourcen und Risiken auf der Beziehungsethik-Dimension verfügt.

Tabelle 98: Verteilung von Risiko- und Ressourcenausprägung auf der Dimension **Beziehungsethik** *für beide symptombelastete Familiengruppen. (Alle Angaben in Prozent)*

Zwecks Übersichtlichkeit wurden die jeweiligen Ausprägungsgrade in zwei Gruppen zusammengefaßt. Die Ausprägungsgrade 1 und 2 weisen auf geringe, 3 und 4 auf hohe Ausprägungsstärke hin. Zum Vergleich werden die Daten für die Feldstichprobe ohne Symptombelastung bei den Kindern ebenfalls aufgeführt.

Beziehungsethik	Belastete Feldfamilien (n=30)		Ambulanzfamilien (n=40)		Unbelastete Feldfamilien (n=47)	
Risiken	gering (1-2)	hoch (3-4)	gering (1-2)	hoch (3-4)	gering (1-2)	hoch (3-4)
Ressourcen gering(1-2)	6,7	66,7	17,5	45,0	6,4	21,3
Ressourcen hoch(3-4)	20,0	6,7	12,5	25,0	70,2	2,1

Zur weiteren Überprüfung der Hypothese wurde der Quotient aus den Risiken- und Ressourcenausprägungen in jeder symptombelasteten und Ambulanz-Familie bestimmt, und zwar getrennt für die Dimension Transaktionen und die Dimension Beziehungsethik.

Eine Korrelation mit dem Merkmal „Inanspruchnahme ja / Inanspruchnahme nein“ ergab

für die Dimension Transaktionen: $r = .04$

für die Dimension Beziehungsethik: $r = .05$.

Die Ergebnisse zeigen, daß die Hypothese, nicht-inanspruchnehmende Feldfamilien kämen aufgrund (relativ) besserer eigener Problemlösungsmöglichkeiten nicht in beratende oder behandelnde Institutionen, nicht bestätigt werden kann. Ebenso wie bei den Ambulanzfamilien zeigte sich für symptombelastete Feldfamilien am häufigsten eine Merkmalskombination von geringen Ressourcen und hohen Risiken auf beiden familienbezogenen Dimensionen. Aus dem Verhältnis von Risiken und Ressourcen generell konnte damit nicht auf das Inanspruchnahmeverhalten geschlossen werden, das bedeutet, daß es von anderen Faktoren als den im Rating bestimmten innerfamiliären abhängt, ob eine Konsultation erfolgt oder nicht.

7.4.2 Diskussion

Auf dem Hintergrund der Ergebnisse muß die Hypothese, es bestünden Unterschiede zwischen inanspruchnehmenden und nicht-inanspruchnehmenden Familien mit mindestens einem symptomatischen Kind bezüglich des Ausmasses von Risiken und Ressourcen auf den Ebenen der Transaktionen und der Beziehungsethik in der Familie, verworfen werden.

Die Ergebnisse lassen sich dahingehend interpretieren, daß eher das Gegenteil der Hypothese zutrifft. Die Risiken und Ressourcen im Bereich der Familiendynamik sind in den inanspruchnehmenden und nicht-inanspruchnehmenden Familien mit auffälligen Kindern annähernd gleich verteilt.

Eine Erklärung für die geringen Unterschiede zwischen den inanspruchnehmenden und nichtinanspruchnehmenden symptombelasteten Familien mag darin liegen, daß Inanspruchnahme auch zu tun hat mit der Kenntnis über versorgende Institutionen. Es mag sein, daß die nichtinanspruchnehmenden Familien Informationsdefizite hatten, oder aber auch, daß Ambulanzeltern stärker nach Informationen über (muttersprachliche) Behandlungsangebote gesucht hatten (so daß 40 % der inanspruchnehmenden Familien vorher darüber Bescheid wußten im Gegensatz zu 10 % der Feldfamilien und 13% der belasteten Feldfamilien, vgl. Fragestellung 1). Konsequenz für die Versorgungspolitik wäre demnach, daß Institutionen mehr Schwergewicht ihrer Tätigkeit auf die Öffentlichkeitsarbeit zu legen hätten, wie es auch von den befragten Feldfamilien in den Interviews häufig vorgeschlagen wurde (s.u.).

7.5 Fragestellung 4.2

Familien mit nicht-auffälligen Kindern zeichnen sich gegenüber inanspruchnehmenden und nicht-inanspruchnehmenden Familien mit symptomatischen Kindern durch höhere familiäre und individuelle Ressourcen aus.

Diese Fragestellung betont im Gegensatz zur klassischen Risiko-Theorie, daß Ressourcen der Familie mit der Abwesenheit von Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern einhergehen.

Hierunter ist anhand der Dimensionen des verwendeten Ressourcen-Risiken-Ratings folgendes zu verstehen: Hohe biographische Ressourcen der Eltern hätten einen positiven Effekt auf die psychische Stabilität der Kinder. Das bedeutet, daß Eltern, die gute Elternbeziehungen erlebt haben, ihren Kindern ebenfalls gute Eltern sein können. Gute Ressourcen in der Biographie der Kinder wirken protektiv gegenüber den in jedem Entwicklungsabschnitt auftretenden Belastungen, denn sie fördern eine stabile psychische Entwicklung und weisen auf bestehende Bewältigungskapazitäten hin.

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

Gute Ressourcen auf der Ebene der Psyche der Eltern können dazu beitragen, seelische Probleme der Kinder zu verringern oder zu verhindern. Eine ausgeglichene Elternpersönlichkeit mit der Fähigkeit zur Einfühlung, zur Besorgnis, zur Kontrolle von Affekten etc. wird eine positive Identifikationsfigur darstellen und in entwicklungsför-

dernde Interaktionen mit den Kindern treten können, wird den Kindern bei kleineren alltäglichen Schwierigkeiten auch Wege zur Bewältigung aufzeigen können.

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

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

Theoretisch liegt dieser Hypothese damit auch die Annahme zugrunde, daß die von uns eingeschätzten Ressourcen in eine gemeinsame Richtung wirken und nicht etwa Ressourcen der verschiedenen Dimensionen sich gegenseitig überflüssig machten (so findet man gelegentlich die Annahme, daß hohe Ressourcen in der faktischen Dimension solche in der psychischen behindern, etwa im Sinne von „Luxusverwahrlosung“).

7.5.1 Ergebnisse

7.5.1.1 Ergebnisse zu einzelnen Ressourcenratings

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

Tabelle 99: Mittelwertsvergleich der individuellen und familiären Ressourcenwerte der Familien mit und ohne Symptombelastung bei mindestens einem Kind (t-Test für unabhängige Stichproben)

	keine Syptom-belastung		Symptombelastung bei mind. einem Kind			
	n	MW	n	MW	t	p<
Vater Ressourcen Biographie	35	2,60	60	2,17	2,87	.01
Vater Ressourcen Faktisches	35	3,09	60	2,42	4,72	.001
Vater Ressourcen Psyche	35	2,74	60	2,25	3,11	.01
Mutter Ressourcen Biographie	46	2,48	69	2,25	2,03	.05
Mutter Ressourcen Faktisches	46	2,83	69	2,29	4,33	.001

	keine Syptom-belastung		Symptombelastung bei mind. einem Kind			
	n	MW	n	MW	t	p<
Mutter Ressourcen Psyche	46	2,78	69	2,25	3,68	.001
Kinder Ressourcen Biographie	47	2,98	70	2,55	3,14	.01
Kinder Ressourcen Faktisches	47	3,05	70	2,47	4,67	.001
Familie Ressourcen Transaktionen	47	3,02	70	2,34	4,98	.001
Familie Ressourcen Beziehungsethik	47	3,00	70	2,30	5,05	.001

Es bestätigte sich im statistischen Mittelwertsvergleich über t-Teste für unabhängige Stichproben, daß unauffällige Familien signifikant höhere Ressourcen auf der Ebene der väterlichen und mütterlichen Biographie, auf der Ebene der väterlichen und mütterlichen Facts, auf der Ebene der väterlichen und mütterlichen Psyche und auf den Ebenen der kindlichen Biographie und der kindlichen Facts aufweisen (siehe Tab.).

Desweiteren zeigten die Familien mit Kindern ohne Verhaltensauffälligkeiten signifikant mehr Ressourcen auf den Ebenen Transaktionen und Beziehungsethik (vgl. hierzu auch die Häufigkeitsverteilungen unter Fragestellung 4.1., 2. und 3. Tabelle).

Die Fragestellung kann bezüglich der einzelnen aufgeführten Ressourcen-Variablen damit bestätigt werden.

7.5.1.2 Ergebnisse zu weiteren Variablen

In Erweiterung der Fragestellung wurde nunmehr über Pearson-Korrelationsrechnungen geprüft, ob es weitere Merkmale außerhalb des Ressourcen-Ratings gab, die Familien ohne Verhaltensauffälligkeiten gegenüber Familien mit verhaltensauffälligen Kindern auszeichnen.

Tabelle 100: Korrelationen auffälliges Kind / nicht auffälliges Kind mit Variablen des Ratings EIR

Variable	Pearson r	p
Realistische Zukunftsorientierung	-.59	< .001
Zufriedenheit der Familie	-.59	< .001
Hoffnungsvoll zukunftsorientiert	-.50	< .001
Kulturelle Orientierung Eltern	-.32	< .005
Ausländerfeindlichkeit beklagt	.34	< .005

Signifikante Korrelationen mit dem Merkmal auffällig / unauffällig wurden erreicht für die folgenden Einschätzungen des Ergänzenden Interwiew-Ratings EIR in Feldfamilien: positive Korrelationen mit den Familienklima-Variablen Zufriedenheit der Familie, Zukunftsorientierung, Realitätsbezug, familiärer Zukunftserwartung, negative für Konflikte zwischen den Eltern. Eine negative Korrelation ergab sich ebenfalls für den Grad an subjektiv empfundener fremdenfeindlicher Bedrohung und eine positive für

die kulturelle Orientierung der Eltern an den Normen und Werten der Aufnahmegesellschaft.

Für die Gesamtheit aller Familien ergab sich darüberhinaus eine geringe Korrelation mit dem Merkmal „Arbeitslosigkeit eines Elternteils“ (r=.19, p <.05). Das Merkmal „Arbeitslosigkeit“ traf auf 25,7 % aller Familien mit einem auffälligen Kind zu (im Vergleich zu 10,6 % der unauffälligen Feldfamilien).

Darüberhinaus zeigte sich eine mäßige Korrelation mit der Kinderzahl der Familie (r= .23, p = .012) und mit der Generationszugehörigkeit der Mutter: (r=-.26, p < .05). In der Verteilung zeigte sich, daß 32, 6 % der Mütter in Feldfamilien mit unauffälligen Kindern der 2. Generation angehörten, jedoch nur 10 % der Mütter in allen Familien mit auffälligen Kindern. Dieses Ergebnis ist jedoch nicht unabhängig davon zu interpretieren, daß Mütter der zweiten Generation deutlich weniger Kinder hatten, d.h. daß in diesen Familien zusätzliche mit der Kinderzahl verbundene Risiken (beengte Wohnverhältnisse, Armut) nicht kumulierten.

7.5.1.3 Vorhersagekraft von Ressourcen

Eine stepwise multiple Regressionsrechnung[55] ausschließlich mithilfe der Ressourcen-Ratings zur Vorhersage, ob sich mindestens ein auffälliges Kind in der Familie fand, klärte durch die Ausprägung der Ressourcen des Vaters in der faktischen Dimension (Beta: -.431) 18,6 % der Varianz auf; durch Ressourcen auf der Ebene der Beziehungsethik (Beta: - .270) erhöhte sich dies auf 24 %. Das bedeutet, daß in vollständigen Familien vor allem das Vorhandensein von faktischen väterlichen Ressourcen und von Beziehungsethik-Ressourcen in einer Familie Verhaltensauffälligkeiten von Kindern in einem bedeutsamen Grad verhindern hilft.

7.5.1.4 Ressourcen und Risiken: Faktorenanalyse

Im Anschluß an die o.a. Ergebnisse stellt sich die Frage, wie groß der Stellenwert der Ressourcenvariablen zur Unterscheidung von symptombelasteten und hinsichtlich der Kinder unauffälligen Familien unter Einbeziehung anderer relevanter Variablen anzusetzen ist. Hierzu wurde zunächst eine Faktorenanalyse mit Varimaxrotation durchgeführt und anschließend eine Diskriminanzanalyse mit den extrahierten Faktoren.

Auf dem ersten extrahierten Faktor mit einem Eigenwert von 8.4 , der 37 % der Varianz klärte, luden sämtliche Variablen, die Ressourcen der Kinder und ihrer Familien beschreiben. Damit war das gleichsinnige Wirken von individuellen und familiären Ressourcen neuerlich belegt (vgl. auch Kapitel 5.3.2 „Methodik“). Der zweite Faktor fügte diesem noch 9,9 % Varianzaufklärung hinzu und lud die Familiendynamik mit Ressourcen und Risiken, dabei als stärkstes Item die psychischen Risiken der Eltern. Der dritte Faktor klärte zusätzlich 6,3 % der Varianz und lud die Risiken insbesondere der Kinder, voran die Psyche, dann die Fakten, dann die subjektive Problembelastung der Familie.

Weitere Faktoren waren ein Biographie-Faktor, ein Sozialanamnesefaktor aus Trennungsjahren der Eltern und Kinderzahl, und als alleiniger Faktor Arbeitslosigkeit eines Elternteils. Ergebnisse der Faktorenanalyse nach Varimax-Rotation:

[55] diese wurde aufgrund der notwendigen Vollständigkeit der Daten nur mit Familien gerechnet, in denen alle Daten vorhanden waren, d.h. 89 Familien

Tabelle 101: Faktorladungen auf Faktor 1

Item	Ladung auf Faktor 1
Ressourcen Psyche Eltern	.793
Problemlösefähigkeit Familie subj.	.716
Ressourcen Psyche Kinder	.710
Ressourcen Transaktionen	.707
Ressourcen Facts Kinder	.658
Ressourcen Beziehungsethik	.639
Ressourcen Biographie Kinder	.581
Ressourcen Biographie Eltern	.508
Ressourcen Facts Eltern	.476

Eigenwert 8.44 - Varianzpct. 36.7
Die hohen Faktorladungen für kindliche und familiäre Ressourcen deuten auf hohe Interkorrelationen hin, der hohe Eigenwert drückt mathematisch eine gleichsinnige Wirkrichtung der einzelnen Variablen aus.

Tabelle 102: Faktorladungen auf Faktor 2

Item	Ladung auf Faktor 2
Risiko Psyche Eltern	.773
Risiken Beziehungsethik	.743
Risiken Transaktionen	.699
Risiken Psyche Kinder	.592
Strukt. Funktionsniveau d. Familie	-.626
Ressourcen Beziehungsethik	-.558
Problembelastung	.510
Ressourcen Transaktionen	-.491
Risiken Facts Kinder	.505
Risiken Facts Eltern	.465

Eigenwert 2.28 - Varianzpct. 9.9

Der zweite Faktor lud alle Variablen der Familiendynamik und Risiken der Familie (angeführt von psychischen Risiken der Eltern) mit Ausnahme der biographischen sowie die subjektive Problembelastung.

Tabelle 103: Faktorladungen auf Faktor 3

Item	Ladung auf Faktor 3
Risiko Biographie Kinder	.705
Risiko Psyche Kinder	.702
Risiko Facts Kinder	.631
Problembelastung Familie subj.	.546
Ressourcen Biographie Eltern	-.518
Ressourcen Facts Kinder	-.478

Eigenwert 1.44 - Varianzpct. 6.3

Dieser dritte Faktor belegt die Interdependenz von faktischen Bedingungen der Kinder und kindlichen Risiken in der Dimension Psyche. Die subjektive Problembelastung der Familie geht gemäß den Interviewfragen einher mit kindlichen Risiken auf allen Ebenen, positive biographische Ressourcen der Eltern können entgegenwirken, kindlichen Risiken in der Biographie kommt eine gleichsinnige Wirkrichtung mit kindlichen psychischen Risiken zu.

Tabelle 104: Faktorladungen auf Faktor 4

Item	Ladung auf Faktor 4
Risiken Biographie Eltern	.806
Vollständigkeit der Familie	-.734
Risiken Facts Eltern	.459
Risiken Biographie Kinder	.445
Ressourcen Facts Elt.	-.420

Eigenwert 1.36 - Varianzpct. 5.9

Dieser Faktor zeigt eine gemeinsame Wirkrichtung von biographische und faktischen Risiken der Eltern, Unvollständigkeit der Familie und Risiken der Kinder sowie eine gleichsinnige Wirkung einer geringen faktischen Ressourcenausprägung.

Tabelle 105: Faktorladungen auf Faktor 5

Item	Ladung auf Faktor 5
Trennungsjahre Eltern	.770
Anzahl Kinder in Familie	.731

Eigenwert 1.19 - Varianzpct. 5.2

Dieser Faktor vereint zwei ökonomisch relevante Kriterien, die möglicherweise auch ein Hinweis auf dörfliche Sozialisation der Eltern und ein länger erhaltenes soziales Umfeld in der Türkei sind.

Tabelle 106: Faktorladungen auf Faktor 6

Item	Ladung auf Faktor 6
Eltern arbeitslos	.873

Eigenwert 1.05 - Varianzpct. 4.6

Arbeitslosigkeit der Eltern nimmt damit eine eigene Wirkrichtung unabhängig von anderen Risiken und Ressourcen ein.

Die gemeinsame Varianzaufklärung für alle Faktoren betrug 68,4 %.

7.5.1.5 Diskriminanzanalyse

In einem weiteren Schritt wurde geprüft, ob sich anhand dieser Faktoren die Gruppenzugehörigkeit (Familie mit mindestens einem auffälligen Kind aus Feld und Ambulanz oder unauffällige Feldfamilie) vorhersagen ließ. Hierzu wurde eine Diskriminanzfunktion errechnet.

Es gelang eine hochsignifikante Gruppenzuordnung (Wilk's Lambda betrug .54. , Eigenwert der kanon.Diskriminanzfunktion 1.24, kanon. Korrelation 0.74; $p<.001$; $Chi^2 = 90.594$, $df=6$, $p<.001$).

Hierbei kam dem Faktor 2 die größte Diskriminanzstärke zu.

Tabelle 107: Standardisierte Koeffizienten der kanonischen Diskriminanzfunktion:

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

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

7.5.2 Diskussion

Die Hypothese, daß Ressourcen zwischen Familien mit auffälligen und nicht auffälligen Kindern unterschiedlich verteilt sind, konnte bestätigt werden. Die Faktorenanalyse bekräftigte, daß Ressourcen auf der individuellen, sozial-faktischen und psychischen, und auf der familiären Ebene in die gleiche gemeinsame Richtung wirken und

in gewisser Weise interdependent sind. Die geringe Diskriminanzkraft des Ressourcenfaktors in der Unterscheidung zwischen der symptombelasteten und unbelasteten Gruppe von Familien bedeutet andererseits, daß sich Ressourcen nicht einseitig den unauffälligen Familien zuordnen lassen. Dieses Ergebnis ist für jegliches therapeutische Vorgehen wichtig, da die vorhandenen Ressourcen ja den Anknüpfungspunkt für eine Therapie darstellen.

Hinsichtlich ihrer protektiven Wirkung auf kindliche Verhaltensauffälligkeiten zeigten väterliche faktische Ressourcen die größte statistische Relevanz, gefolgt von Ressourcen in der Beziehungsethik-Dimension, die gemeinsam (mit 24% Varianzaufklärung in der Regressionsrechung) jedoch keinen besonders hohen Grad an Vorhersage von seelischer Auffälligkeit bzw. Unauffälligkeit erreichen. Die Bedeutung des Vaters für kindliche Auffälligkeiten ist dennoch eine gewichtige Aussage aus unserer Studie, die sich auch später in der Typologie, ebenso wie vorher bei den Kontrollüberzeugungen wiederfinden ließ. Die Kraft des Faktischen wiederum zeigte sich im Rahmen dieser Hypothese in vielfachen Facetten.

Bezüglich der Familiendynamik stellte sich das gegenläufige Wirken von Risiken und Ressourcen in den Dimensionen Transaktionen und Beziehungsethik als interdependent mit den psychischen Risiken von Kindern und Eltern dar, und desweiteren wirkten auf dem Faktor die faktischen Risiken von Eltern und Kindern in die gleiche Richtung wie die psychischen. Neben der Bestätigung des Boszormenyi-Nagy-Modells spiegelt sich in der Interdependenz von faktischen und dynamischen Variablen auch wider, daß die faktische Situation bei Eltern und Kindern die psychische beeinflußt und umgekehrt; d.h.: auffällige Kinder suchen oder schaffen sich z.B. eine auffällige peer-Umgebung oder bereiten den Eltern Sorgen bzgl. der Schule. Die subjektive Problembelastung der Familien geht einher mit psychischen und faktischen Risiken und ist nicht etwa Verleugnungsprozessen oder Bagatellisierungsneigungen in Gänze unterworfen. Dieser Faktor 2 unterschied gleichzeitig Familien mit einem auffälligen Kind am besten von unauffälligen Familien und belegt damit das vielfältige Verwobensein kindlicher Auffälligkeiten mit familiären Gegebenheiten.

Letztlich läßt sich die in Fragestellung 4.1. vorformulierte Annahme einer Interdependenz von familiären Risiken und Ressourcen mit diesem Ergebnis nun zu folgender Aussage modifizieren: nicht das Ausmaß und Verhältnis von Risiken und Ressourcen in der Dimension Transaktionen und Beziehungsethik allein ist es, das unauffällige Familien von auffälligen unterscheidet, sondern die Wirkrichtung in Interdependenz mit faktischen und psychischen Variablen, wobei Risiken und Ressourcen gegenläufige Einflüsse ausüben.

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

Ein interessantes Nebenergebnis ist, daß der Dimension elterlicher Risiken in der Biographie - von uns eigens als zusätzliche Dimension codiert, da häufig unter der Theorie transgenerationaler Traumatisierungen als ätiologisch für psychische Störungen angeführt - wenig Bedeutung hinsichtlich einer Unterscheidung von Familien mit auffälligen und nicht-auffälligen Kindern zukommt. Faktor 4, der elterliche biographische Risiken am höchsten lud, hatte die geringste Diskriminanzstärke. Dies war auffallend, da sich sehr wohl Elternpersönlichkeiten mit schweren biographischen Traumatisierungen in unserer Untersuchungspopulation befanden. Hinsichtlich der Diskriminanzwirkung spielten elterliche biographische Ressourcen, die auf dem 3. Faktor mit der zweithöchsten Diskriminanzwirkung luden, offensichtlich eine größere Rolle.

Letztlich bestätigt sich durch unsere Ergebnisse das Modell von Boszormenyi-Nagy, das ursprünglich auf die biographische Dimension verzichtete.

Mit der Arbeitslosigkeit eines Elternteils als drittstärkster Diskriminanzvariable noch vor den Ressourcen einer Familie zeigt sich die weitgehende sozialpolitische und epidemiologische Bedeutung der Ergebnisse: Für die Psychohygiene der Familien hat Arbeitslosigkeit eines Elternteils eine signifikant destabilisierende Wirkung auch für die seelische Gesundheit der Kinder. In den von uns untersuchten Familien von Arbeitsmigranten ist dies besonders gut nachvollziehbar, da Arbeit im Gastland der häufigste Migrationsgrund war und die familiäre Selbstdefinition daran ausgerichtet ist. Zufriedenheit mit der beruflichen und materiellen Situation war ein wesentliches Kriterium des Items „faktische Ressourcen“, wobei ganz im Sinne der in den meisten Familien vorherrschenden klassischen Geschlechterhierarchie den väterlichen faktischen Ressourcen die o.a. hohe Bedeutung im Sinne einer protektiven Wirkung zukommt.

Für das therapeutische Vorgehen lassen unsere Ergebnisse schlußfolgern, daß die Bedeutung der faktischen sozialen Lage nicht zu unterschätzen ist und daß familien- und psychodynamische Erwägungen davon nicht getrennt werden können. Anamnestisch sind alle sozialen Einflußfaktoren auf kindliche Verhaltensauffälligkeiten genau zu erheben. In der Hierarchie der Interventionen sind wo möglich mit sozialarbeiterischen Interventionen faktische Ressourcen der Familienmitglieder zu verbessern und kindliche faktische Risiken zu verringern. Zu prüfen ist in jedem Einzelfall, ob sozialen Interventionen nicht Vorrang einzuräumen ist vor einem evtl. psychotherapeutischen Zugang.

Für die Beratung und Behandlung im engeren Sinne empfiehlt sich mit Sicherheit ein familientherapeutisches Procedere, da sich die Familiendynamik und die Pathologie der Eltern hoch interdependent mit den psychischen Risiken der Kinder fanden. Ressourcen im Bereich der familiären Interaktion kommt nachweislich eine Wirkung gegen die individuellen Risken von Eltern und Kinder zu. Dieser Faktor insgesamt erreichte darüberhinaus die höchste Diskriminanzwirkung hinsichtlich der Auffälligkeit von Kindern. Dies ergibt sich ähnlich auch aus den Ergebnissen zur hohen innerfamiliären Kohäsion (s. Kapitel 6.2.4.: Beschreibung der Feldstichprobe anhand der CRS).

Für die familientherapeutische Methodik ist ein ressourcenorientiertes Vorgehen wegen der hohen Interdependenz der Ressourcen untereinander sicherlich von Vorteil, d.h. die Stärke der Ressourcen liegt womöglich weniger in ihrer protektiven Wirkung auf Ebene einzelner Dimensionen als in ihrer gleichsinnigen Wirkrichtung.

7.6 Fragestellung 5

Durch Schaffung eines spezifischen muttersprachlichen Versorgungsangebotes in der Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen sowie Vernetzung mit anderen Institutionen der psychosozialen Versorgung auf kommunaler Ebene kann erreicht werden, daß Migrantenfamilien aus der Türkei therapeutische Angebote entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil wahrnehmen.

Wie im Theorieteil dargelegt, wird oft davon berichtet, daß muttersprachliche Angebote die Inanspruchnahme erhöhen. Eine Untersuchung der Inanspruchnahmedaten

unserer Ambulanz über den Zeitraum von 1979-1996 gibt hierzu eine differenziertere Einschätzung.

Zum Verständnis der Datenbasis:

Seit 1979 (Gründung der Klinik) werden alle Erstvorstellungen von Patienten in einem Anmeldebuch festgehalten (Name, Wohnort, Krankenkasse, Geburtsdatum). Ebenfalls im Anmeldebuch verzeichnet sind besonders gekennzeichnete konsiliarische Vorstellungen anderer Kliniken (Universitätsklinikum, Kliniken im Einzugsgebiet). Nationalitätendaten werden in beiden Fällen nicht erhoben. Während des gesamten Beobachtungszeitraums blieb der Bevölkerungsanteil der Kinder und Jugendlichen aus der Türkei in Essen nahezu konstant, auch bezüglich der Gleichaltrigenpopulation (ca. 6%).

Auf Karteikarten werden für die Erstvorstellungs-Patienten Diagnosen und Patientenkontakte vermerkt. Da die Klassifikationsschlüssel nach der Internationalen Klassifikation für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters der WHO im Beobachtungszeitraum vielfach modifiziert wurden, wurde institutionsintern für Vergleichsstudien ein grobes Klassifizierungsraster entworfen, das jedoch seit 1994 nicht mehr benutzt wird. In der folgenden Tabelle ist die Zuordnung einzelner Klassifikationsschlüssel in das Grobraster angegeben.

Tabelle 108: Klinikinterne Klassifikation kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder im Vergleich zu ICD-9 und ICD-10.

Störungsbild	ICD-9	ICD-10	Schlüssel
Psychosen oder schwere Persönlichkeitsstörungen, Borderline, Perversionen..	290. -299.9 301. -302.9	F0x , F2x, F3x, F52.x, F6x	1
Neurosen und/oder spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters, Anpassungsstörungen ...	300. -300.9 308. -309.9 313. -313.9	F4x, F93.x, F94.x	2
Psychosomatische Erkrankungen, Asthma, Anorexie, Ulcus, Colitis ...	316. 307.1	F50.0, F50.1 F54	3
Funktionelle psychosomatische Beschwerden, Enuresis, Enkopresis, Jactationen, Tics, Schlafstörungen ...	306. -306.9 307.0 307.2-307.9	F45.3x, F45.4 F50.2-F52.8 F63.3, F95.x F98.x	4
Hyperkinetische Syndrome	314.0-314.9	F90.x	5
Störung des Sozialverhaltens	312. -312.9	F91.x, F92.x	6
Entwicklungsrückstände	2. Achse > 0	F8 (2.Achse)	R
Intelligenzminderung	3. Achse > 0	F7 (2.Achse>3)	I

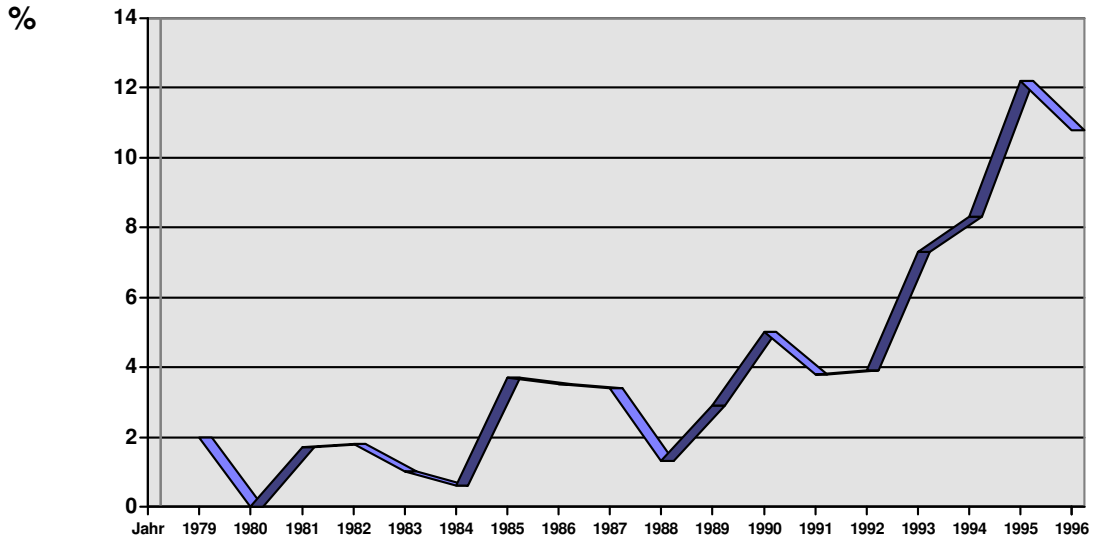
Nach Durchsicht des Aufnahmebuchs wurden alle Patienten mit deutschen Vor- und Nachnamen, alle Patienten, die einen türkischen Vor- und/oder Nachnamen hatten und alle Patienten, aus deren Namen geschlossen werden konnte, daß sie anderen

Nationalitäten zugeordnet werden können, getrennt ausgezählt. In der folgenden Tabelle ist für den Zeitraum 1979-1996 der jährliche Anteil der Patienten aus der Türkei an den Erst- und Konsiliarvorstellungen in der Institutsambulanz aufgeführt.

Tabelle 109: Inanspruchnahme der Ambulanz durch Patienten aus der Türkei (Prozentualer Anteil)

Jahr	Gesamt	Erstvorst.	Konsil
1979	2,0	--	--
1980	0,0	--	--
1981	1,7	--	--
1982	1,8	--	--
1983	1,0	--	--
1984	0,6	0,5	2,4
1985	3,7	3,1	10,5
1986	3,5	2,6	8,9
1987	3,4	2,9	9,7
1988	1,3	1,2	3,3
1989	2,9	2,3	10,5
1990	5,0	4,5	9,8
1991	3,8	3,8	4,3
1992	3,9	3,4	10,5
1993	7,3	6,0	28,1
1994	8,3	7,7	18,8
1995	12,2	10,9	27,8
1996	10,8	7,9	38,5

Abbildung HY5-1: Prozentualer Anteil von Patienten aus der Türkei (Erst- und Konsiliarvorstellungen)



Nach der obigen Tabelle und der Abbildung können in Anlehnung an den Kurvenverlauf vier Phasen unterschieden werden.

Tabelle 110: Durchschnittswerte für einzelne Zeiträume (Prozentanteil an allen Ambulanzpatienten)

Jahr	Gesamt	Erstvorst.	Konsil
1979-1984	1,1		
1985-1989	2,9	2,3	8,8
1990-1992	4,2	3,9	8,1
1993-1996	9,5	8,1	29,0

Im Zeitraum 1979-1984 betrug der Anteil von Patienten aus der Türkei (einschließlich Konsiliaruntersuchungen) 1,1%. Kennzeichnend für diesen Zeitraum war, daß die Klinik nicht auf die therapeutische Arbeit mit Migrantenfamilien vorbereitet war. Bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten wurde auf zufällig anwesende bilinguale Übersetzer zurückgegriffen, manchmal wurde sogar der vorgestellte Indexpatient gebeten, die Fragen und Empfehlungen des Therapeuten den Eltern zu übersetzen.

Im Zeitraum 1985-1989 stieg der Anteil der Patienten aus der Türkei auf 2,9%. Institutionell hatten insofern Änderungen stattgefunden, als daß nun extrafamiliäre Dolmetscher (muttersprachliche Medizinstudenten, Praktikanten, einzeln auch professionelle Dolmetscher) gezielt hinzugezogen wurden, wenn Sprachbarrieren die diagnostische und therapeutische Arbeit behinderten.

1989 wurde eine Kooperation mit dem Institut für Migrationsforschung, Ausländerpädagogik und Zweisprachendidaktik an der GHS Essen beschlossen, in deren Rahmen eine türkischsprechende Ausländerpädagogin den therapeutischen Fachkräften als Sprach- und Kulturmittlerin zur Verfügung gestellt wurde (s. Kapitel 4.3: Kommu-

nale und institutionelle Rahmenbedingungen). Im Zuge dieses erweiterten Angebots verdoppelte sich zunächst der Anteil von Familien aus der Türkei, bevor er auf 3,9% im Jahr 1992 sank, wohl infolge der Einschränkung dieser Maßnahme wegen Schwangerschaft und Erziehungsurlaub der Mitarbeiterin.

Erst ab 1. Juni 1993 wurde erstmals eine muttersprachliche therapeutische Fachkraft in die Regelversorgung der Institutsambulanz eingebunden (mit einer ½ Stelle), wobei maßgebend war, daß das vorliegende DFG-Projekt dies explizit vorsah, damit Familien, die in der Feldbefragung interviewt wurden, gegebenenfalls ein entsprechendes Angebot unterbreitet werden konnte. Dieses Angebot der Institution wurde gleich nach Bekanntgabe von zuweisenden Stellen (niedergelassene Psychiater, Kinderärzte, Jugendamt und Schulen) genutzt, da ein entsprechendes Angebot weder in der Stadt Essen, noch in den angrenzenden Städten mit deutlich höherem Ausländeranteil vorhanden war (s. zur weiteren Entwicklung der (kinder-) psychiatrischen Versorgung im Einzugsbereich Kapitel 4.3.).

Der Anteil der Familien aus der Türkei in unserer Institutsambulanz stieg sprunghaft an auf zuletzt 10,8%, wobei sowohl die Erstvorstellungen, als auch die konsiliarischen Vorstellungen absolut und prozentual zunahmen.

Aufgrund dieser Inanspruchnahmeentwicklung erscheint es naheliegend zu schlußfolgern, daß die Inanspruchnahmequote von Migranten dann steigt, wenn das Versorgungsangebot angemessen verändert wird, vordergründig im Sinne eines Abbaus sprachlicher Barrieren. Die dem Bevölkerungsanteil entsprechende Inanspruchnahmequote ist aber erst durch muttersprachliche Versorgungsangebote zu erreichen (s. entsprechende Beobachtungen in Erziehungsberatungsstellen in Köln und Berlin-Kreuzberg, Kapitel 2.5).[56]

Inwieweit das Inanspruchnahmeverhalten von Familien aus der Türkei auch inhaltlich dem der deutschen Vergleichsgruppe ähnelt, soll im folgenden untersucht werden.

Im Zeitraum vom 1.6.1993 - 31.12.1996 wurden vom muttersprachlichen Therapeuten 255 Familien nach Erstvorstellung in der Ambulanz untersucht und behandelt. Seine deutschen Patienten hatten einen Anteil von 45,1% (n=115), 128 Patienten (50,2%) stammten aus Migrantenfamilien aus der Türkei und 12 Familien aus anderen Ländern (Griechenland, Bosnien, Iran etc.).

Bis auf die Familien aus der Türkei, die oftmals explizit den muttersprachlichen Therapeuten wünschen, werden die Patienten in der Regel zufällig unter den in der Institutsambulanz tätigen Therapeuten aufgeteilt. Eine Ausnahme bilden Patienten mit einem Störungsbild aus dem schizophrenen Formenkreis, die meist von einem Mitarbeiter aus einem Forschungsprojekt untersucht werden, und Patientinnen, bei denen der Verdacht eines sexuellen Missbrauchs besteht, die bevorzugt von Therapeutinnen behandelt werden.

Da der muttersprachliche Therapeut nur zur Hälfte aus der Türkei stammende Familien behandelte, bot sich somit die Gelegenheit, bei Konstanthaltung der Therapeutenvariable, deutsche und aus der Türkei stammende Patienten zu vergleichen, wobei

[56] Ergänzend sei hinzuzufügen, daß nach Remschmidt und Walter (1990) das Inanspruchnahmeverhalten von soziökonomischen Variablen abhängt. Während Mittelschichtsfamilien in psychosozialen Versorgungseinrichtungen unterrepräsentiert seien, entspräche der Anteil von Unterschichtspatienten, bzw. -klienten - bei einem voll ausgebauten niedrigschwelligen Versorgungsangebots - ihrem Bevölkerungsanteil. Familien aus der Türkei, die in Deutschland leben, wären i.e.L. der Unterschichtspopulation zuzuordnen und solange fundierte empirische und epidemiologische Studien fehlen, muß aus unseren Inanspruchnahmedaten gefolgert werden, daß Migrantenfamilien bei Bestehen eines muttersprachlichen Angebots hinsichtlich der Inanspruchnahmequote **nicht** von deutschen Unterschichtsfamilien unterschieden werden können.

angenommen werden kann, daß die deutschen Patienten (bis auf die o.g. Beschränkungen) repräsentativ sind für die autochtone Inanspruchnahmepopulation.

Eine Pflichtversorgungsaufgabe der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Essen besteht lediglich für die Stadt Essen. Da in den angrenzenden Städten mit deutlich höherem Bevölkerungsanteil von Familien aus der Türkei ein entsprechendes muttersprachliches Versorgungsangebot nicht besteht, wäre zunächst zu prüfen, inwieweit die über dem Essener Bevölkerungsanteil von 6% der Altersgruppe liegende Inanspruchnahmequote von Patienten aus der Türkei bedingt ist durch Zuweisungseffekte, und dadurch der Vergleich beider Patientengruppen erschwert wird.

In der nächsten Tabelle zeigt sich, daß über 50% beider Patientengruppen ihren Wohnsitz außerhalb des Stadtgebiets haben. Jeder neunte Patient kam aus einer Stadt, die nicht direkt an die Essener Stadtgrenzen anschließt. Zuweisungseffekte zeigen sich lediglich für den Wohnort Gelsenkirchen, wo als einziger im näheren Umfeld ein muttersprachlicher Psychiater eine Praxis (seit April 1993) unterhielt. Verzerrungen dadurch, daß womöglich durch das besondere muttersprachliche Angebot der Klinik ein anderer Überweisungskontext bestand[57], sind somit eher unwahrscheinlich.

Tabelle 111: Wohnort der deutschen und türkeistämmigen Patienten (Prozentangaben)

	deutsch (n=115)	türkeistämmig (n=128)
Essen	44,3	40,6
Oberhausen/Duisburg	14,8	9,4
Gelsenkirchen	7,0	20,3
Velbert/Mettmann/Ratingen	8,7	8,6
Bottrop/Gladbeck	8,7	4,7
Mülheim	7,0	3,9
entferntere Städte	9,6	12,5

Chi^2 = 12,407 df = 6 p = .0535

Aus nationalen und internationalen epidemiologischen und Inanspruchnahmeuntersuchungen ist bekannt, daß Jungen bis zu 14 Jahren ein zweimal so großes Risiko haben, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln.[58] Diese Geschlechtsunterschiede sind auch in unserer Patientenstichprobe für beide Gruppen zu beobachten.

[57] Es könnte vermutet werden, daß wegen des spezifischen Angebots die Überweisungsschwelle niedriger lag, „leichtere Fälle“ vorsorglich in unserer Klinik vorgestellt wurden. Es ließe sich aber auch das Gegenteil vermuten, dahingehend, daß vom Rheinland bis zum nördlichen Ruhrgebiet die „schwersten Fälle“ in unserer Ambulanz überrepräsentiert waren. Hinsichtlich der Entfernung zur Klinik ließen sich keine Unterschiede feststellen. Über die Schwere der Störung und den Überweisungskontext geben die Diagnoseverteilungen (s.u.) einen differenzierteren Eindruck.

[58] s. Überblick über deutsche und internationale Prävalenzstudien bei Remschmidt und Walter, 1990

Tabelle 112: Geschlechtsverteilung der deutschen und türkeistämmigen Patienten (Prozentangaben)

	deutsch (n=115)	türkeistämmig (n=128)
Jungen	73,0	68,8
Mädchen	27,0	31,3

Hinsichtlich der Altersverteilung beider Inanspruchnahmegruppen zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Der Altersgipfel liegt jeweils in der Altersgruppe 7-10 Jahre, wonach die in der Literatur geäußerte Vermutung, Kinder aus Migrantenfamilien nähmen Versorgungsangebote später, damit auch eher in einem chronifizierten Stadium wahr,[59] für unsere Klinik nicht bestätigt werden konnte.

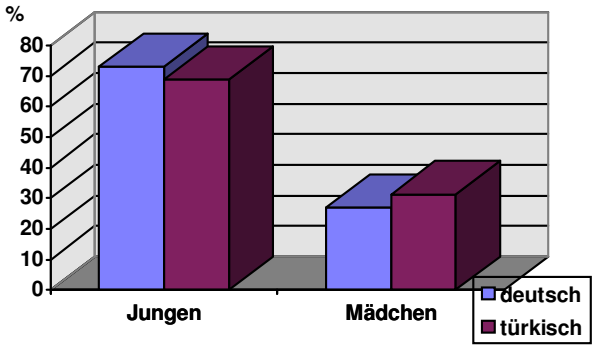
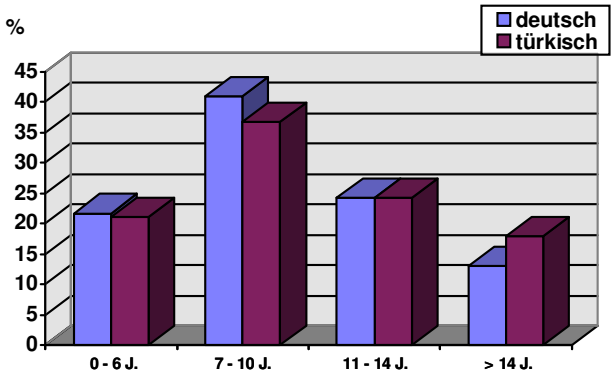


Tabelle 113: Altersverteilung der deutschen und türkeistämmigen Patienten (Prozentangaben)

	deutsch (n=115)	türkeistämmig (n=128)
0 - 6 Jahre	21,7	21,1
7 - 10 Jahre	40,9	36,7
11 - 14 Jahre	24,3	24,2
15 J. und älter	13,0	18,0



Gemäß der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen des Kinder- und Jugendalters der Weltgesundheits-Organisation (ICD-9, resp. ICD-10) werden psychiatrische Störungen auf der ersten Achse eines multiaxialen Klassifikationssche-

[59] u.a. Dittmann u. Kröning-Hammer 1986, von Klitzing 1983, Fauser 1986

mas kodiert. Weitere Störungen, wie Entwicklungsverzögerungen und Beeinträchtigungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit, körperliche Beschwerden (wie neurologische Erkrankungen oder Reifungsverzögerungen) und psychosoziale Belastungsfaktoren werden auf den Achsen II-V (ICD-9 bzw. II-VI ICD-10) kodiert, doch bezeichnen diese keine psychiatrischen Störungen im engeren Sinne.

Die erstellten Diagnosen werden auf Karteikarten festgehalten und sind zunächst Verdachtsdiagnosen nach dem Erstkontakt, sie können später noch modifiziert werden. Es war aufgrund der Datenbasis nicht immer zweifelsfrei zu beurteilen, inwieweit die gestellten Diagnosen im weiteren Untersuchungsprozess verifiziert werden konnten, so daß im folgenden davon auszugehen ist, daß die in den folgenden Tabellen angegebenen Verteilungswerte sich beziehen auf vorläufige Diagnosen nach dem Erstkontakt, resp. die von den Patienten präsentierten Störungsbilder. Dies gilt insbesondere für die Diagnose einer Beeeinträchtigung der Intelligenzfunktionen (III. Achse), die als Verdachtsdiagnose auch dort gestellt wurde, wo Kinder wegen schlechter Schulleistungen zur Schullaufbahnberatung vorgestellt wurden.

Mindestens eine psychiatrische Diagnose im engeren Sinne (I. Achse) wurde bei 84,8 % aller Patienten gestellt. Hinsichtlich der ethnischen Zugehörigkeit und der Stellung einer oder keiner psychiatrischen Diagnose ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 114: Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose auf der Achse I nach ICD-9, resp. ICD-10 (Prozentangaben) - Mehrfachnennungen möglich

	Schlüssel	deutsch (n=115)	türkeistämmig (n=128)
keine psychiatrische Diagnose	0	13,0	17,2
Psychosen, schwere Persönlichkeitsstörungen, Borderline, Perversionen...	1	1,7	4,7
Neurosen und/oder spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters, Anpassungsstörungen...	2	34,8	31,3
Psychosomatische Erkrankungen, Asthma, Anorexie, Ulcus, Colitis ...	3	0,9	1,6
Funktionelle psychosomatische Beschwerden, Enuresis, Enkopresis, Jactationen, Tics, Schlafstörungen ...	4	22,6	35,9
Hyperkinetische Syndrome	5	23,5	8,6
Störung des Sozialverhaltens	6	22,6	23,4

Die Diagnosegruppen jeweils für sich selbst betrachtet zeigen hinsichtlich des ethnischen Hintergrunds der Patienten signifikant unterschiedliche Verteilungen bei funktionellen Beschwerden ($Chi^2 = 4{,}542$; $df = 1$; $p < .05$) und dem hyperkinetischen Syndrom ($Chi^2 = 9{,}076$; $df = 1$; $p < .01$), nicht jedoch bei emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens.

Die gefundenen Unterschiede in der Gruppe 4 (funktionelle Störungen, Enuresis, Tics etc.) wurden auch z.T. auch in anderen Studien berichtet. So berichten Kinderpsychiater, in Übereinstimmung mit Pädiatern, daß ausländische Kinder (insbesondere

Jungen aus der Türkei) überproportional häufig an Enuresis leiden.[60] Auch wird eine höhere Rate an Konversionssymptomatik unter Kindern von Migranten erwähnt.[61]

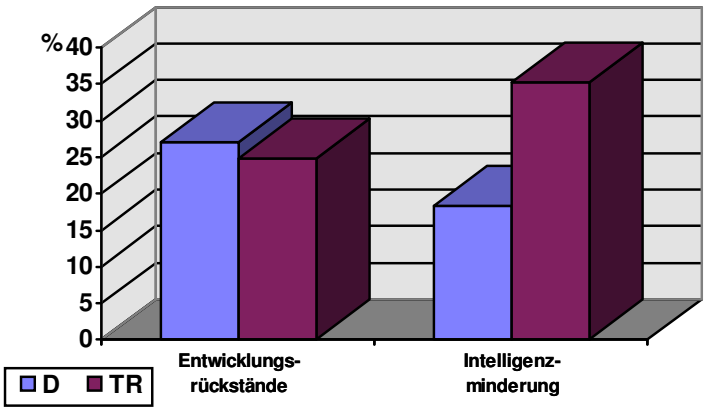
Daß bei türkeistämmigen Kindern seltener die Diagnose eines hyperkinetischen Syndroms gestellt wurde[62], hat vermutlich mit kulturspezifischen Einstellungen zum Verhalten von Kindern zu tun. Jungen, die psychomotorisch unruhig wirken, mögen bei deutschen Eltern eher als störend empfunden werden, wohingegen dies bei türkeistämmigen Eltern der Lebendigkeit des Kindes zugeschrieben und weniger oft als Beschwerdebild präsentiert wird.

Entwicklungsrückstände hinsichtlich sprachlicher, motorischer und schulischer Fertigkeiten (II. Achse) wurden bei 26,3 % aller Patienten diagnostiziert, wobei keine Unterschiede in beiden Patientengruppen beobachtet werden konnten.[63]

Jedoch wurden deutlich mehr Kinder und Jugendliche aus der Türkei zur Intelligenzdiagnostik und anschließender Schullaufbahnberatung in der Institutsambulanz vorgestellt ($Chi^2 = 7{,}907$; $df = 1$; $p < .01$).

Tabelle 115: Diagnoseverteilung auf den Achsen II (Entwicklungsstörungen) und III (Intelligenzniveau) nach ICD-9, resp. ICD-10 (Prozentangaben)

	deutsch (n=115)	türkeistämmig (n=128)
Entwicklungsrückstände	27,0	24,8
Intelligenzminderung	18,3	35,2



Daß bei Kindern aus der Türkei häufiger Intelligenzminderungen vermutet, bzw. festgestellt wurden, hat sicherlich damit zu tun, daß türkische Familien oft vorhergehende Untersuchungen der schulpsychologischen Dienste, die zu einer Sonderschulzuweisung ihrer Kinder geführt hatten, von einem *Landsmann* bestätigt bzw. widerlegt sehen wollten. Dieses Anliegen ist einerseits sehr berechtigt, wenn man die Forschungen der Bielefelder Arbeitsgruppe um Radtke zum Sonderschulaufnahmevorgehen

[60] Holstein 1984; Poustka 1984; Poustka et al. 1985; Steinhausen 1982, 1985, 1990

[61] Steinhausen et al. 1989

[62] diese Beobachtung machten auch Taneli et al. 1995, in einer retrospektiven Untersuchung von türkischen und deutschen Patienten, die stationär in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg behandelt worden waren.

[63] Dies stimmt überein mit Beobachtungen von Steinhausen et al. 1982, wo keine höhere Rate an Entwicklungsrückständen bei den türkischen Patienten der Berliner Poliklinik festgestellt wurde; aber auch keine von der Vergleichspopulation abweichende Intelligenzverteilung.

bei ethnischen Minderheiten kennt, die er mit „institutioneller Diskriminierung“ beschrieben hat[64]. Es ist darüberhinaus berechtigt, wenn man um die Problematik der Kulturgebundenheit von Schulaufnahme- und Schulreifetests und von auch sogenannten kulturunabhängigen Intelligenztestverfahren weiß[65]. Auch die Statistiken der Arbeitsämter über eine deutliche höhere Jugendarbeitslosigkeit von Nicht-deutschen geben den Eltern in ihrer Sorge um Wettbewerbsnachteile nach Sonderschulbesuch recht. Andererseits sind schulische Fördermöglichkeiten den Eltern türkischer Herkunft oft ebenso unbekannt, wie psychotherapeutische, und auch eine Begrifflichkeit von Lernbehinderung und Geistiger Behinderung muß dann in Familiengesprächen erarbeitet werden.

Andererseits sind auch Zuweisungseffekte zu berücksichtigen. Die Kulturgebundenheit der testpsychologischen Leistungsdiagnostik verunsichert auch die in schulpsychologischen Beratungsstellen tätigen psychologischen Fachkräfte, die sich von einer Vorstellung des Schülers bei einem türkischen Kollegen eine transkulturell validere Einschätzung erhofften. Methodisch besteht allerdings nicht so sehr eine Sprachproblematik, sondern ein Normenproblem. Für die Intelligenzdiagnostik in den unteren Bereichen stehen keine Tests zur Verfügung, die für die Einwandererpopulation in Deutschland geeicht wären. Die Übernahme von Normierungen aus der Türkei ist ebenfalls nicht sinnvoll, da sie nur gültig sind für die in der Türkei lebende Bevölkerung. Somit ist auch ein transkulturell versierter und bilingualer Psychologe mehr als bei deutschen Kindern und Jugendlichen darauf angewiesen, seinem klinischen und nicht so sehr dem teststatischen Urteil zu folgen.

Der Umstand eines muttersprachlichen Versorgungsangebots schlug sich nicht nur in der Erhöhung der Anzahl von Erstkontakten nieder. Entgegen der von anderen Autoren berichteten erhöhten Abbruchquote, die Sprachbarrieren und mangelnder Kooperationsfähigkeit der Eltern, aber auch den Schwierigkeiten im Einsatz von Dolmetschern zugeschrieben werden,[66] zeigte sich in unserer Inanspruchnahmepopulation kein signifikanter Unterschied zwischen deutschen und türkischen Patienten hinsichtlich des Verlaufs der Untersuchungs- und Therapiekontakte. Hatten 1986 noch 71% der Familien aus der Türkei den Kontakt zur Klinik nach dem Erstgespräch abgebrochen[67], so waren es im Erhebungszeitraum 1993-1996 nur noch knapp 20%, die in der diagnostischen Phase (bis zu sechs Sitzungen) auf eine weitere Untersuchung oder Behandlung in unserer Klinik verzichteten.

Über die Hälfte der deutschen Patienten und der Patienten aus der Türkei wurden nach Beendigung der Diagnosephase an andere Stellen (Beratungsstellen, Kinderärzte, zuweisende Institutionen) verwiesen. Therapieabbrüche kamen in beiden Gruppen mit lediglich 7,8% gleich häufig vor.

[64] Radtke 1996
[65] Schröder 1995; Toker 1995
[66] z.B. Dittmann u. Kröning-Hammer 1986; Raval 1996
[67] Schepker 1986

Tabelle 116: Untersuchungs- und Therapieverlauf beider Patientengruppen (Prozentangaben)

Untersuchungs- und Therapieverlauf	deutsch (n=115)	türkeistämmig (n=128)
Abschluss der Untersuchung und Verweis an andere	50,4	56,3
Abschluss der Therapie	13,0	7,8
(Teil-) stationäre Weiterbehandlung	11,3	7,0
Abbruch während der Diagnosephase	13,0	19,5
Abbruch während der Therapiephase	7,8	7,8
Fortdauernd	4,3	1,6

7.6.1 Diskussion

In Regionalstudien wurde wiederholt darauf hingewiesen, daß ausländische Kinder und Jugendliche im psychiatrisch-stationären sowie im ambulanten Bereich stark unterrepräsentiert sind, und daß die therapeutischen Angebote wenig auf kulturelle Besonderheiten dieser Patientengruppe einzugehen in der Lage seien.[68] Obwohl eine hohe Dunkelziffer zu vermuten sei, würden ausländische Familien wegen schicht- und kulturabhängiger Inanspruchnahmebarrieren, sowie wegen der bestehenden Sprachbarriere seltener in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken vorstellig.

Die Inanspruchnahmedaten unserer Klinik zeigen sehr deutlich auf, daß institutionelle Inanspruchnahmebarrieren drastisch gesenkt werden können. Mit der Integration eines muttersprachlichen Therapeuten in die Regelversorgung der Institutsambulanz wuchs der Anteil von Patienten aus der Türkei sogar deutlich über ihren Bevölkerungsanteil im Stadtgebiet hinaus. Es ließe sich nun fragen, inwieweit die derart erhöhte Inanspruchnahmequote nicht aufgrund einer „künstlichen Bedarfsweckung“ zustande kam.

Diesem ist entgegenzuhalten, daß über die Hälfte beider Patientengruppen aus angrenzenden Städten mit deutlich höherem Zuwandereranteil anreisten. Ferner stehen Familien aus der Türkei sehr viel weniger alternative muttersprachliche Versorgungsangebote zur Verfügung als deutschen.[69] Und letztlich zeigt die Diagnosestatistik, daß ähnlich wie bei den deutschen Patienten in über 80% der Fälle eine psychiatrische Diagnose im engeren Sinne gestellt werden mußte.

Daß das Inanspruchnahmeverhalten der Familien aus der Türkei dem der Autochtonen ähnelt, zeigen unsere Patientenstatistiken. Geschlechts- und Altersverteilung entsprechen für beide Gruppen epidemiologischen Erkenntnissen[70] und zeigen, daß auch Zuwandererfamilien frühzeitig (also bei jüngerem Alter der Kinder) Hilfe in Anspruch nehmen, wenn adäquate Angebote vorhanden sind. Dies zeigt sich noch ein-

[68] Holstein 1984; von Klitzing 1983; Poustka et al. 1985; Steinhausen 1982

[69] Erst nachdem Ende 1995 eine aus der Türkei stammende Kinder- und Jugendpsychiaterin in einer Nachbarstadt eine Praxis eröffnete, sank im Folgejahr die Zahl an Erstvorstellungen von Patienten aus der Türkei in unserer Institutsambulanz.

[70] auch Taneli et al. 1995 fanden eine sehr ähnliche Alters- und Geschlechtsverteilung bei ihren deutschen und türkischen stationären Patienten.

mal bestätigt in den Daten zum Untersuchungs- und Therapieverlauf, wo in der Literatur und früher auch für unsere Institution berichtete hohe Abbruchquoten bei Familien aus der Türkei nicht mehr beobachtet wurden, nachdem ein muttersprachliches Versorgungsangebot integraler Bestandteil der Institutsambulanz wurde.

Auch hinsichtlich der Diagnosestellungen zeigen sich nur geringe Unterschiede. Kinder aus der Türkei präsentieren verglichen mit deutschen Patienten etwas häufiger funktionelle Beschwerden[71] und seltener ein hyperkinetisches Syndrom[72], was auch in anderen Studien hervorgehoben wurde. Ein Überwiegen emotionaler Störungen und von Anpassungsreaktionen[73] bei türkeistämmigen Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten konnten wir nicht bestätigen. Auch waren die Patienten aus der Türkei nicht stärker belastet durch Entwicklungsstörungen. Lediglich für den Bereich der Intelligenzdiagnostik ist ein Aufsuch- und Zuweisungseffekt feststellbar.

Aus unseren Inanspruchnahmedaten läßt sich nicht auf die Prävalenz kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder in Migrantenfamilien aus der Türkei schließen. Hierzu bedürfte es epidemiologischer Untersuchungen, die über eine Elternbefragung[74] hinausgingen und einen Vergleich mit der autochthonen Altersgruppe gestatteten. Es ist aber feststellbar, daß in die Regelversorgung integrierte muttersprachliche Therapieangebote Inanspruchnahmebarrieren drastisch senken und somit den betroffenen allochthonen Familien erstmals Behandlungsoptionen eröffnen.

7.7 Fragestellung 6

Es ist qualitativ beschreibbar, welche unterschiedlichen Familientypen bezogen auf Orientierungen und Lebenswelt adoleszenter Kinder in Familien aus der Türkei vorfindlich sind.

Im Zuge des Gesamtduktus des Projektes ist davon auszugehen, daß es „die“ Familie türkischer Herkunft nicht gibt, sondern daß dieses Konstrukt der Klassifizierung anhand von nationaler oder ethnischer Zugehörigkeit aufgelöst bzw. differenziert werden muß. Einer Typologisierung liegt die theoretische Überzeugung zugrunde, daß es eine definierbare und beschreibbare, begrenzte Anzahl von Möglichkeiten gibt, sich auf bestimmte gesellschaftliche Bedingungen als Familie ein- oder sich ihnen entgegenzustellen. Diese Formen sind nicht ganz frei wählbar, sondern sind mitbeeinflußt davon, was die Familie nach der Migration vorfand und welche Ausgangsbedingungen sie vor der Migration hatte. Eine typologische Beschreibung von familiären Habitusformen kann den Ausgangspunkt bilden, von dem institutionelle Herangehensweisen abzuleiten wären: d.h. die Typologie kann verdeutlichen, welche Ressourcen erwartbar bzw. förderbar sind und welche therapeutischen Umgangsweisen sich daraus im Rahmen eines subjektorientierten Vorgehens empfehlen. Die entwickelten Begrifflichkeiten sollen auch für autochthone Therapeuten handlungsleitend wirken können. Somit bildet die Typologie im Rahmen aller hier erörterten Fragestellungen an dieser Stelle ein Bindeglied zwischen den Charakteristika der befragten Familien und den institutionellen Zugängen zu Migranten.

[71] Holstein 1984; Poustka 1984; Poustka et al. 1985; Steinhausen et al. 1982, 1985, 1990
[72] s. auch Taneli et al. 1995
[73] u.a. aufgeführt bei Taneli et al. 1995
[74] s. Remschmidt und Walter 1990

7.7.1 Ergebnisse

Die erste Unterteilung in funktionale und dysfunktionale Familien auf dem Boden der narrativen Beschreibungen und der Einschätzung des Grades der subjektiven Zufriedenheit und der hoffnungsvollen Zukunftsorientierung gelang für alle mit Aunahme von 2 Familien, die in einer „labilen Stabilität“ eine Restkategorie darstellten (Fam 38 und Fam 61). Nach eingehender Diskussion wurde eine dieser 2 Familien der „funktionalen“ und eine der „nicht funktionalen“ Gruppe zugeordnet.

32 Familien wurden damit den weitgehend dysfunktionalen Typen, 45 den weitgehend funktionalen zugeordnet.

Innerhalb der Gruppen waren Zuordnungen einer Familien zu mehreren Typen möglich (2, Ausnahmefälle: 3 Typen). Die zahlenmäßige Aufteilung ergab inclusive Doppelzuordnungen die in der folgenden Tabelle aufgelistete vorläufige Verteilung.

Tabelle 117: Typologische Zuordnung funktionaler (n=45) Familien (Mehrfachnennungen, Zweitzuordnungen jeweils in der 2. Zeile aufgelistet)

Typ 1: Monokulturell selbstbewußte Familien 16, 18, 33, 36, 57, 67, 70, 71, 77, 78 5, 12, 35, 37, 38	15
Typ 2: Erfolgreiche Migrantensubkultur-Familien 15, 40, 45, 75 3	5
Typ 3: Intellektuell weitsichtige Familien 3, 13, 24, 39, 60, 62 25, 52, 63, 65, 76	11
Typ 4: Rein bikulturelle Großstädter 1, 4, 65, 68, 76 34	6
Typ 5: Familien mit selbstbewußt alleinerziehenden Elternteilen 19, 25, 34, 46, 47, 52, 54, 63 24	9
Typ 6: Familienzentriert kohäsive Familien 12, 14, 23, 42, 73 33, 60, 68	8
Typ 7: Weltanschaulich stabilisierte Familien religiös: 5, 30, 35, 37, 74 18, 47, 70 politisch: 1, 4, 25, 39, 52	13 8 5
(Weitgehend) funktionale Familien gesamt	45

Tabelle 118: Typologische Zuordnung dysfunktionaler (n=32) Familien (Mehrfachnennungen)

Typ 1: Monokulturell erstarrte Familien 2, 7, 9, 17, 21, 28, 43, 53, 58, 59, 8, 20, 48, 64	14
Typ 2: Vater- und/oder wurzellose Familien 26, 27, 29, 31, 32, 41, 50, 56, 61, 66 43	10
Typ 3: Neu zusammengesetzte „Versorgungsfamilien“ 6, 44 50, 51	4
Typ 4: Familien mit überforderten alleinerziehenden Elternteilen 11, 20, 48, 49, 55, 64	6
Typ 5: Co-abhängige, um Probleme organisierte Familien 8, 10, 22, 51, 69 17, 29, 31, 53	9
(Weitgehend) dysfunktionale Familien gesamt	32

Zur Nachvollziehbarkeit und zur Verdeutlichung wird im folgenden für jeden Familientyp ein prototypisches Beispiel dargestellt. Für diese Beispiele sind die Familien, wie in den Interviews zugesichert, so anonymisiert worden, daß sie nicht erkannt und identifiziert werden können.

7.7.1.1 Charakteristika der (weitgehend) funktionalen Familien

Typ 1: Die **„hinübergeretteten“ monokulturell-Selbstbewußten:** 33% der erfolgreichen Familien konnten diesem Typus zugeordnet werden. Es sind Familien, die z. T. in Großfamilienstrukturen mit klarer Generationen- und Geschlechtshierarchie leben. Der Vater tritt als positives Vorbild und außenorientiert auf. Beide Elternteile leben eine klare monokulturelle Identität, wobei eine bikulturelle Offenheit der Kinder nicht aktiv behindert wird und/oder sich in Nischen entwickeln kann. Einige dieser Familien bauen ein Haus hier für die Großfamilie aus, oft mit Garten oder Schrebergarten in der Kolonie so wie zu Hause in der ländlichen Türkei. Oft kommt noch eine Schwiegertochter per Heiratsmigration aus der Türkei zur Unterstützung der älter werdenden Familienmutter. Diese am ehesten als segregiert zu definierenden Familien wirkten auf die Untersucher als in sich ruhend und stimmig („heile monokulturelle Welt“). Die meisten Familienmitglieder sind eingebunden in ein eigenethnisches Netzwerk (Sport-, Moscheeverein, Frauentreffen etc.). 33% dieser Familien wiederum haben auch eine stabile religiöse Orientierung (siehe Typus 7). Andererseits hat damit nicht jede monokulturell ausgerichtete Familie regligiöse oder gar fundamentalistische Neigungen.

Ein Beispiel:

Die Elternteile der Familie A. stammen aus einem Dorf in der Schwarzmeerregion aus großen Familien. Beide haben keine Schule besucht. Der Vater ist z. Z. des Interviews 52 Jahre alt und zu Beginn der 70er Jahre in den Bergbau ins Ruhrgebiet angeworben worden, die Mutter ist 56 Jahre alt und ihm nach 9 Jahren mit ihren beiden älteren Kinder (zwei Söhne, eine Tochter) in die Bundesrepublik gefolgt. Der jüngste Sohn ist hier geboren.

Die Mutter ist Hausfrau, der Vater bezieht seit drei Jahren eine Arbeitsunfähigkeitsrente, nachdem er fast 30 Jahre unter Tage gearbeitet hatte und an einer Silikose erkrankt war. Die Familie bewohnt seit drei Jahren ein großes eigenes Haus in einer Bergarbeitersiedlung, das in Eigenarbeit renoviert wurde, mit vielen Landsleuten in der Nachbarschaft. Das Haus hat einen großen Gemüsegarten, z. Z. des Interviews wird das Erdgeschoß für den ältesten Sohn, seine Frau und die beiden Kinder ausgebaut.

Die älteren Kinder haben alle eine Lehre abgeschlossen, der jüngste Sohn befindet sich in einer Ausbildung. Die drei älteren Kinder sind mit Ehepartnern aus der Türkei verheiratet. Der jüngste und der älteste Sohn mit seiner Familie leben im Haus der Eltern. Die Ehefrau des zweitältesten Sohnes hat nach dem tragischen Tod des ersten Kindes den Umzug in eine andere Stadt durchgesetzt, die Tochter wohnt mit Ehemann und Kind in der Nachbarschaft.

Die Familie ist in sich stimmig, traditionell patriarchalisch in der Großfamilienstruktur organisiert. Der Zusammenhalt mit den ausgezogenen Kindern wird durch regelmäßige Besuche gewährleistet. Die Religion stellt ein einigendes Band dar, insbesondere der Vater ist in die sozialen Strukturen der im Stadtteil liegenden Moschee eingebunden, wirkt stolz und gradlinig. Die Mutter hat innerhalb der Familie eine stabile Position voller Wärme und Akzeptanz. Sie verfügt über wenig Kontakte mit der deutschen Umgebung. Sie wird unterstützt durch ihre Schwiegertochter und geht - ähnlich wie ihr Mann - in einer großelterlichen Rolle auf und lebt diese mit hohem Selbstwertgefühl..

Alle Kinder sind beruflich bzw. schulisch erfolgreich mit autonomen, altersadäquaten Freiheiten, in ihren Freundeskreis sozial gut eingebunden.

Typ 2: Die **Erfolgreichen in der Migrantensubkultur** - Familien mit prägnanten Elternpersönlichkeiten, die an ihrer eigenen Migrationsgeschichte, z.B. aus großer Armut, sehr gewachsen sind. Z.T. tätig als Gewerbetreibende und Kleinunternehmer - überwiegend in monokulturellem Zusammenhang. Einige dieser Familien haben in der Migration einen großen sozialen Aufstieg geleistet und erleben Zusammenhalt durch gemeinsame Strebsamkeit, für die auch (begrenzte) Opfer gebracht werden. Andere dieser Familien haben zielstrebig eine Rückkehr in die Türkei vorbereitet und stehen mittelfristig vor einer Remigration, da sie zuvor gesteckte Migrationsziele erreicht haben.

Ein Beispiel:

Familie Gül stammt aus einer Kleinstadt im Westen der Türkei. Herr. G ist 44 Jahre alt und als Bergmann vor 24 Jahren ins Ruhrgebiet geworben worden. Er arbeitet auch jetzt noch unter Tage. Er ist Vertrauensmann und aktiver Gewerkschafter. Frau G. ist 43 Jahre alt und ihrem Mann nach einem Jahr gefolgt. Die Kinder wurden hier geboren. Sie hat lange als Küchenhilfe in einem Krankenhaus gearbeitet und besitzt nun einen Kiosk, in dem auch ihr Mann und ihre Kinder stundenweise aushelfen. Die Kleinstunternehmerfamilie ist gut in ihren von türkeistämmigen Familien aus dominierten Stadtteil eingebunden, wobei der Kiosk als Kontaktzentrum dient.

Die Söhne der Familie sind 18, 21 und 24 Jahre alt und wohnen alle noch in der Familie. Der älteste studiert, der mittlere macht eine Ausbildung als Bauzeichner, der jüngste besucht wie die 15jährige Tochter eine Gesamtschule.

Der Vater ist ruhig, souverän, intelligent, selbstsicher und mit adäquaten Problemlösestrategien und Initiative im familiären und sozialen Kontext (z. B. aktiv in Initiative gegen Rassismus).

Die Mutter ist sehr lebendig, unermüdbar, unzufrieden mit ihrem Bildungsgang und ihrem jetzigen Arbeitsleben (unteroptimal im Verhältnis zu den in sich selbst gesehenen Möglichkeiten).

Insgesamt ist die Familie kohäsiv, ermöglicht aber neben gemeinsamer Arbeitsteilung auch Bewegungs- und Entwicklungsmöglichkeiten für die einzelnen Familienmitglieder. Es herrscht eine gemeinsame kulturelle Familienideologie (Aleviten).Die Kinder sind in Peergruppen, Ausbildung und Sport (der mittlere Sohn und die Tochter) gut integriert und zeigen Leistungsorientierung, ohne zu Über- oder Unterforderung zu neigen.

Typ 3: Die **intellektuell weitsichtigen Familien:** Schon die Eltern haben kosmopolitische Orientierungsmuster und aufgrund ihres meist überdurchschnittlichen Bildungsniveaus wenig Schwierigkeiten, bikulturell zu denken und sich zu identifizieren. Die meisten Familien dieses Typs haben eine Bleibeperspektive, bzw. planen im Alter zu pendeln. Die Bildungsaspirationen für die Kinder sind hoch, sie werden auch diesbezüglich gefördert. Die Familien haben ein diskussionsfreudiges Klima und versuchen Widersprüche auf einer Erklärungs- oder Metaebene zu integrieren. Damit ist den Kindern auch ein „Aushandeln“ auf der Transaktionsebene möglich

Es ist eine sehr heterogene Kategorie, wobei sich Vermischungen mit fast allen anderen Typen ergeben.

Ein Beispiel:

Familie Kirpi ist zu Beginn der 80er Jahre aus Ankara in die Bundesrepublik geflüchtet, zuerst der Vater und nach 6 Monaten die Mutter mit den beiden kleinen Kindern. Beide waren vor ihrer Flucht politisch aktiv, Frau K. hatte ein Studium als Sozialpädagogin abgeschlossen, Herr K. hat keine Ausbildung und sich früh der politischen Arbeit verschrieben, wofür er insgesamt 6 Jahre im Gefängnis verbrachte. Er stammt aus einer Kleinunternehmerfamilie aus Südostanatolien.

Inzwischen betreibt er eine Gastwirtschaft. Frau K. arbeitet stundenweise bei der Arbeiterwohlfahrt mit Frauen aus der Türkei und hilft außerdem im Familienbetrieb.

Die 20jährige Tochter studiert Bauingeneurwesen, lebt nicht mehr zu Hause, besucht ihre Familie oft. Der 18jährige Sohn besucht die 12 Klasse einer Gesamtschule. Die Familie ist sozial gut integriert, die Beziehung der Eheleute warm und zärtlich, sehr unterstützend und stabil. Der Sohn ist wenig angeleitet und zeigt wenig Leistungsmotivation relativ zu seinen Möglichkeiten. Ich-stark, mit sozialen Kontakten und klar definierten Interesssensschwerpunkten (Computer, Comics), ist er auch humorvoll und schlagfertig, plant, in den USA zu studieren.

Insgesamt ist in der Familie eine flapsige, manchmal sarkastische, oft doppeldeutige Kommunikation zu spüren, die es nicht zuläßt, daß der Gegenüber konkret einfordern kann. Die Familie kann sich insgesamt gut auf die Entwicklungsphasen der Kinder einstellen und Probierhaltungen erlauben. Die Eltern haben eine im westlichen Sinne „pädagogische“ Haltung, allerdings scheinen sie auch manchmal moralischen Druck auszuüben und bestimmte Themen nicht offen zu bereden.

Typ 4: Rein bikulturelle Familien: Sie stammen aus den Metropolen der Türkei. Sie vertreten das westlich-städtische Ideal (z.B. „Istanbuler“ zu sein) auch in Kleidung und Freizeitverhalten und fühlen sich den Interviewern näher als ihren Landsleuten dörtlicher Herkunft. Gleichzeitig wird bewußt Muttersprache, Herkunftskultur oder monokulturelle Einbindung gepflegt. Eltern und Kinder bewegen sich hinreichend sicher sowohl in Zusammenhängen der Herkunftskultur als auch der Aufnahmegesellschaft. Die Familien waren in ihrer stets vorhandenen hohen Leistungsorientierung erfolgreich und hatten differenzierte Elternpersönlichkeiten.

Auch dieser Typus zeichnet sich durch Vermischungen mit anderen Typen aus.

Ein Beispiel:

Bei der Familie Karakus handelt es sich um eine "Vorzeige-Facharbeiterfamilie" mit Aufstiegsorientierung (über Eigentum und Bildung) der ersten Migrantengeneration mit hochbegabten Kindern, die von den Eltern maximal gefördert werden. Beide Eltern stammen aus Istanbuler Mittelschichtsfamilien. Die Auseinandersetzungen mit den hiesigen Bedingungen ist fortgeschritten, und zwar integriert emotional/intellektuell. Die Familie berichtet von guten Problembewältigungsstrategien in der Vergangenheit (Schule/Ehekrise) und ist sozial gut integriert und in der Lage, sich Hilfe zu suchen und anzunehmen. Die Eltern bewegen sich sicher in zwei Kulturen, während die Kinder den Kontakt zur Herkunftskultur weitgehend verloren haben (Familiensprache weitgehend deutsch - Peergroup, deutsche und englisch-amerikanische Idole etc.).

Eine psychotische Erkrankung der 21jährigen Tochter überschattet das derzeitige Familienklima, ansonsten wirkt die Familie sehr zufrieden und warm. Loslösungen sind anscheinend gestattet, Auffangmöglichkeiten in der Familie immer vorhanden. Die ältere Tochter auf hohem Niveau, die 16jährige Tochter besucht eine Waldorfschule.

Vater und Mutter sind differenziert, offen, reflektierend, Bedürfnisse sehend, der Vater auch bodenständig und lebendig.

Die jüngere Tochter ist pubertär, unruhig, überkritisch, differenziert mit klaren Berufszielen im kreativen Bereich. Die ältere Tochter war Klassenbeste, immer selbständig, reiste allein auch nach Spanien für einige Wochen, hatte während des Studiums ein eigenes Zimmer und war erfolgreich. Während der Diplomarbeitsphase ist es zu einer psychotischen Dekompensation gekommen, die jetzt am Heimatort der Eltern tagesklinisch behandelt wird.

Die Eltern machen einen sehr aufgeklärten, toleranten Eindruck, sind auf das schulische Fortkommen der Kinder stolz, doch deutlich belastet durch die Erkrankung der Tochter. Die Krankheit wird von der Familie gegenüber Verwandten verschwiegen.

Typ 5: Die Familien mit **selbstbewußt alleinerziehenden Elternteilen**: Überwiegend Frauen, die trotz großer Arbeitsbelastung diese zumeist selbst infolge von Scheidung gewählte Lebensform gut bewältigen und gegenseitig stützende Eltern-Kind-Beziehungen pflegen. Daneben haben sie es verstanden, sich ein stützendes Netzwerk im jeweiligen (intellektuellen oder religiösen) Umfeld aufzubauen. Der nicht in der Familie lebende Elternteil wird loyal behandelt und es bestehen (soweit realisierbar) Besuchskontakte. Daneben haben sie es verstanden, sich ein stützendes Netzwerk im jeweiligen (intellektuellen oder religiösen) Umfeld aufzubauen, meist aber durch Verzicht auf Sexualität und neue Partnerschaft.

Ein Beispiel:

Nach der Scheidung vom Ehemann lebt Frau Geyik seit drei Jahren als alleinerziehende Mutter von drei Kindern. Nach mehreren Trennungen und Versöhnungsversuchen (ein jüngstes „Versöhnungskind“) sind die Konflikte zwischen den Eltern weitgehend ausgetragen. Eine Kooperation bezüglich Besuchs- und Urlaubsregelungen für die Kinder ist möglich. Der Vater wird nicht entwertet.

Die Mutter befindet sich z. Z. des Interviews in einer Umschulung und hat gerade ihren Führerschein gemacht.

Die beiden älteren Kinder - ein Sohn von 14 und eine Tochter von 12 Jahren - sind in der Schule erfolgreich. Der Sohn ist wahrscheinlich schulisch unterfordert, wirkt motiviert und hoffnungsvoll, ist inner- und außerhalb der Familie aktiv. Die Tochter unterstützt ihre Mutter, insbesondere bezüglich der Betreuung des jüngsten, dreijährigen Sohnes.

In der Familie besteht eine hohe Kompetenz bezüglich der Problemlösefähigkeiten, eine Offenheit für alle Hilfen und die Fähigkeit, diese anzunehmen.

Typ 6: Die **familienzentriert kohäsiven Familien:** Oft nach einer Liebesheirat, besteht zwischen den Eltern eine stabile Beziehung, und die Kinder haben einen ihrem Alter und ihren Fähigkeiten entsprechenden Platz. Außerhalb der Familienbeziehung scheint die Familie sonst emotional nichts zu benötigen. Diese Familien haben ein realistisches Vertrauen die Spontanentwicklung der Kinder im Rahmen zuverlässig haltender Elternfunktionen und tolerieren kindliche Abweichungen mit Zuversicht. Bei äußerer Gefahr (unklarer Aufenthaltsstatus, Schulschwierigkeiten) ziehen diese Familien sich auf sich selbst zurück und haben durch gegenseitige Unterstützung und Nähe ein hohes Problemlösepotential.

Ein Beispiel:

Die Eltern der Familie Kartal stammen aus einem Dorf in der Nähe der Schwarzmeerküste der Türkei. Nach einer romantisch verklärten frühen Liebesheirat (er war 17, sie 16 Jahre alt) ist Herr K. Mitte der 60er Jahre ins Ruhrgebiet migriert, seine Frau folgte ihm wenige Monate später, die vier Kinder sind hier geboren. Die drei älteren Kinder (ein Sohn, zwei Töchter) sind bereits verheiratet und wohnen mit ihren Familien in der Nähe der elterlichen Wohnung. Der Sohn (25 Jahre) ist wie sein Vater Bergmann, die ältere Tochter (23 Jahre) betreibt mit ihrem Ehemann ein Kleinstgewerbe, ihre beiden Kinder (ein und zwei Jahre) werden von Frau K. tagsüber betreut. Die jüngere Tochter (22 Jahre) absolviert eine Ausbildung zur Arzthelferin. Der jüngste Sohn (18 Jahre) lebt noch in der elterlichen Wohnung. Die Familie wohnt in einem typischen Zechenhaus in einem hauptsächlich von Migrantenfamilien bewohnten Stadtteil.

Die Eltern führen eine harmonisch wirkende Ehebeziehung mit viel gegenseitiger Wärme und Unterstützung sowie adäquater Konfliktbewältigung, argumentieren sehr auf sich bezogen und zeigen sich durch die eigene "übersprungene" Adoleszenz auf Ablösungsprozesse ihrer Kinder nicht vorbereitet. Sie wirken zurückhaltend hinsichtlich eigener Einflußnahme: es zeigt sich ein kritisch-distanziertes Verhältnis zu den Töchtern und deren Familien und ein Laissez-faire-Stil gegenüber dem jüngsten Sohn, der sich immer noch auf die Verwöhnung seitens der Eltern nach lebensbedrohlicher, kurzer Krankheit mit 5 Jahren verlassen kann. Sein Verhalten wird mit Heißblütigkeit (delikanli) erklärt.

Zur Zeit des Interviews hat eine Tochter Eheprobleme, bei denen die Eltern beruhigend, mit der Haltung, es werde sich schon geben, zusehen.

Typ 7: Die **weltanschaulich stabilisierten** Familien (religiös und politisch): Diese Familien kommen sowohl aus dörflich-traditionellen als auch aufgeklärten Zusammenhängen. Die geteilte Weltanschauung gibt Sicherheit, dient als Handlungsanleitung und bietet durch die damit verbundenen Strukturen ein soziales Netz, innerhalb dessen den einzelnen Familienmitgliedern viele Entwicklungsmöglichkeiten offenstehen. Die Weltanschauung wird im Alltag konsistent gelebt, ohne daß die Kinder dadurch eingeengt oder dogmatisch festgelegt werden.

Ein Beispiel:

Die Familie Kedi stammt aus einer Kleinstadt in Mittelanatolien. Nach seiner Migration 1973 heirateten Herr und Frau K. 1977, sie folgte ihm hier her. Zur Zeit des Interviews waren beide Eltern als angelernte Arbeiter in Fabriken beschäftigt. Die beiden älteren Kinder waren zu ihrer Einschulung zu Verwandten in die Türkei zurück geschickt worden, da die Eltern ihre baldige Rückkehr planten. Die 13 Jahre alte Tochter ist nach dem Abschluß der„ilk-okul“[75] vor einem Jahr zu ihren Eltern zurück gekehrt und besucht nun die sechste Klasse einer Hauptschule. Der 10jährige Sohn lebt noch in der Türkei, er soll im nächsten Jahr, nach dem Abschluß der „ilk-okul“ ebenfalls nachgeholt werden. Die 6jährige Tochter ist hier eingeschult worden, da die Familie sich inzwischen entschieden hat, nicht zurück zu kehren. Die Familie bekennt sich sehr klar zu türkisch-islamischen Prinzipien und Moral, dabei wird dies als Haltung vorbildhaft in Alltag und Nachbarschaft gelebt und nicht ins Religiöse verwiesen. In der Heimat sind tragende Großfamilienstrukturen erhalten geblieben.

Der Vater lebt in Identifikation mit seinem idealisierten, selbst wenig erlebten verstorbenen eigenen Vater. Er hat hohe Leistungserwartungen an die eigenen Kinder und tendenziell entwertende Strenge, wenn diese die Erwartungen nicht erfüllen. Pädagogisch fördernd in engem, rigidem Rahmen.

Die Mutter stützt ihn in seinem Selbstbild, wirkt ähnlich optimistisch, trägt die Familienideologie mit, ohne hinter ihrem Mann zu verschwinden. Sie hat eigene Konturen und Sozialkontakte, fühlt sich im Arbeitsleben wohl, die Bindung zu den Kindern wirkt stabil.

Die Kinder werden an ihrer schulischen Leistung gemessen uns ständig trotz durchschnittlicher Leistungen zur Anstrengung ermahnt. Die ältere Tochter ist im Interview sehr still und zurückhaltend, lebt aber die ihr möglichen Freiräume in der Schule und im Freundeskreis ebenso aus wie ihre jüngere Schwester, die ein allergisches Asthma hat und deswegen im Freizeitverhalten (Sport) eingeschränkt ist.

7.7.1.2 Charakteristika der (weitgehend) dysfunktionalen Familien

Typ 1: die **monokulturell erstarrten Familien:** Objektiv mit Problemen (kranke, geistig- körper- oder lernbehinderte Kinder, viele Kinder bei schlechten oder engen Wohnverhältnissen, finanzielle Probleme), belastete Familien, deren traditionelle Problemlösestrategien unter den gegebenen Bedingungen unzureichend (geworden) sind, ohne daß neue entwickelt werden. Dazu gehört, daß eine Auseinandersetzung mit den Bedingungen des Aufnahmelandes zugunsten monokultureller Verhaftung unterbleibt, oder daß auf monokultureller Ressourcen und stützender Netzwerke nicht mehr hinreichend zurückgegriffen werden kann. Z.T. hat sich der Vater aus der Familie zurückgezogen, oder er kann wegen der eigenen Persönlichkeitsstruktur seiner traditionellen Rolle nicht gerecht werden. Der monokulturelle Rückzug dient in diesen Familien oft der Abwehr der massiven Probleme. In 10 Familien zeigten sich derartige

[75] Grund- und Pflichtschule, fünf Schuljahre

Konstellationen mit enormer Hilflosigkeit, wobei Institutionen der Aufnahmegesellschaft nicht in Anspruch genommen wurden. Väter waren überwiegend arbeits- oder beschäftigungslos. Dies kann auch heißen: diese Familien haben ihr (ökonomisches) Migrationsziel nicht erreicht.

Ein Beispiel:

> *Der Vater der Familie At ist 1973 migriert, seine Frau folgte ihm fünf Jahre später, beide stammen aus einem Bergdorf in Mittelanatolien und haben keine Schule besucht. Die Mutter ist Hausfrau, der Vater seit 10 Jahren arbeitslos. Die Familie lebt von Sozialhilfe, hat neun Kinder, von denen zwei in der Türkei leben, Zwillinge von 17 Jahren sind körperlich und geistig behindert, eine Sohn hat Schulprobleme mit drohendem Schulverweis, die beiden jüngsten 10 und 12 Jahre alten Kinder besuchen gemeinsam die 4. Klasse einer Grundschule. Das Haus ist stark renovierungsbedürftig, mit einer Toilette im Erdgeschoß, wo die behinderten Kinder z. T. über zwei Stockwerke hingetragen werden müssen. Der Vater verbringt immer wieder mehrere Monate am Stück in der Türkei. Die überlastete Mutter wird von einem 19jährigen Sohn und einer 17jährigen Tochter bei Kontakten mit Ämtern und Gesundheitsdiensten unterstützt und macht deutlich, daß sie sich alleingelassen fühlt.*
>
> *Es handelt sich um eine auf industrialisierte Lebensbedingungen vollkommen unvorbereitete, insuläre Großfamilie, die patriarchalisch-autoritär organisiert ist, in der sich der Vater aber der Nähe und Verantwortung gegenüber der Familie weitgehend entzieht.*

Typ 2: die Familien mit **überforderten alleinerziehenden** Elternteilen**.** Sie wurden entweder verlassen bzw. sind verwitwet und/oder leben in Trennung nach viel Streit. Die Trennung ist weitgehend unverarbeitet geblieben, dem abwesenden Elternteil wird durch Idealsierung oder Entwertung ein Platz in der Familie aufrechterhalten. Ohne den abwesenden Elternteil scheint der Alltag kaum zu bewältigen zu sein, wobei die Mütter eine kulturell vorfindliche Abwertung alleinstehender Frauen ins Selbstbild übernehmen. Die Familien verfügen kaum über stützende Netzwerke. Auch die Kinder unterstützen die Mutter wenig.

Ein Beispiel:

> *Die Mutter der Familie Lale stammt aus einem Dorf im Westen der Türkei, sie hat dort die Mittelschule abgeschlossen und ist ihrem Mann vor 7 Jahren in die Bundesrepublik gefolgt. Z. Z. des Interviews arbeitet sie als Fabrikarbeiterin. Der Vater ist nur sporadisch in der Familie, lebt sonst bei seiner deutschen Freundin. Die 19jährige Tochter arbeitet als Aushilfe in einem Kindergarten und plant ihren Hauptschulabschluß nachzumachen. Die 13 und 17 Jahre alten Töchter sowie der 12 Jahre alte Sohn besuchen die Hauptschule. Die Familie bewohnt eine enge 3½-Raumwohnung. Das Familienklima ist geprägt von Inkonsistenzen. Die Mutter ist in einer zentralen Position. Sie hat ein hohes Aktivitätsniveau und neigt dazu, sich zu übernehmen. Dabei hat sie depressive Krisen und Schmerzen durch orthopädische Probleme, was sie z. T. mit Selbstmedikation zu ertragen versucht.*
>
> *Die älteste Tochter stützt die Mutter. Sie hat eine unklare Zukunfts- und Berufsperspektiven. Die zweite Tochter ist die „Indexpatientin", hat seit 6 Monaten eine vital bedrohliche Symptomatik mit starken Gewichtsverlust, V.a. Konversionsneurose mit anorektischer Symptomatik. Mehrere Behandlungsangebote wurden erfolglos abgebrochen. Die dritte Tochter ist ein „Windschattenkind", hat die meisten Freiräume und Außenkontakte unter den Mädchen.*
>
> *Der Sohn reagiert auf den Loyalitätskonflikt zwischen den Eltern mit Somatisierung (Kopfschmerzen).*

Typ 3: Die **neu zusammengesetzten „Versorgungsfamilien“** mit Trennungen von Kindern/Geschwistern, die bei dem anderen Elternteil zurückblieben. Die Eheschließung trägt scheinbar instrumentellen Charakter. Ein oft erheblicher Altersunterschied zwischen den Ehepartnern und die Geburt von weiteren gemeinsamen Kindern kann neben den oft einem Ehepartner nahezu gleichaltrigen Kindern aus erster Ehe dazu beitragen, daß die Generationenhierarchie verwischt und die Neudefinition als Familie erschwert ist.

Ein Beispiel:

Der Vater der Familie Böcek ist 44 Jahre alt, stammt aus einem Dorf der Schwarzmeerküste der Türkei und als Arbeiter auf einer Zeche tätig. Er ist geschieden, seine Frau aus erster Ehe und drei erwachsene Kinder leben in der Türkei. Er hat sich von ihr nach einem gescheiteren Remigrationsversuch (mit Konkurs) getrennt. Eineneue berufliche Perspektive entstand für ihn durch seine erneute Eheschkießung in der Bundesrepublik.

Seine zweite Ehefrau ist 44 Jahre alt und Hausfrau. Ihre beiden Töchter aus zwei vorausgegangen Ehen sind erwachsen und leben mit eigenen Familien in der Nähe.

Der Sohn aus der ersten Ehe des Vaters ist 16 Jahre alt, war ursprünglich mit dem Vater wieder aus der Türkei hier her zurückgekehrt. Nach einem Jahr flüchtete er nach heftigen Auseinandersetzungen wieder zur Mutter zurück und verlor damit seine Aufenthaltsgenehmigung. Seit drei Monaten lebt er wieder bei seinem Vater und ist aktuell von einer Abschiebung bedroht. Dies führt u. a. zu somatischen Beschwerden bei ihm.

Die Stiefmutter dominiert die Familie und wirkt dabei ausgesprochen kalt. Sie leidet an einem Schmerzsyndrom und ist seit Jahre arbeitslos und krank. Der Vater wirkt depressiv und planlos, flüchtet in Arbei und setzt der Frau nichts entgegen. Er kann die väterliche Wunschbeziehung zum Sohn nicht herstellen.

Alle Familienmitglieder wirken sehr unglücklich.

Typ 4: Die **vater- und/oder wurzellosen** Familien**:** Diese Familien wirken ziellos, fatalistisch oder chaotisch, oft mit diskrepanten religiösen und/oder kulturellen Haltungen. Auf der Vaterseite mag ein Suchtproblem oder dissoziale Entwicklung bestehen. Somit füllt er seine Rolle als verantwortungsvoll für die Familie Sorgender nicht mehr aus. In diesen Familien wirken die Mütter oft überfordert oder hilflos. Die Kinder finden in den Eltern keine positiven Identifikationsfiguren, ein normatives Referenzsystem wird unabhängig vom Kulturhintergrund nicht gelebt.

Ein Beispiel:

Der Vater der Familie Karanfil ist 55 Jahre alt, stammt aus einer Großstadt im Süden der Türkei, „guten Verhältnissen“. Er hat ein Studium abgebrochen und migrierte nach dem Militärdienst. In der Rückschau idealisiert er sein damaliges "abenteuerliches" Leben und klagt er über seine jetzige Situation (seit einem Jahr krank geschrieben, Rentenantrag läuft, sozial isoliert, körperliche Beschwerden, materielle Not, geringe Tagesstrukturierung). Frau K. ist 44 Jahre alt, mit ihrem Mann aus „Abenteuerlust“ migriert. Obwohl sie elf Jahre jünger als ihr Mann ist, wirkt sie alt und verbraucht. Sie klagt ebenfalls über verschiedene schmerzhafte Leiden und darüber, daß ihr Mann sich überwiegend außerhalb der Familie aufhält und sie mit ihren Sorgen um die Kinder allein läßt.

Der älteste Sohn der Familie ist 22 Jahre als, hat die Hauptschule abgebrochen, befindet sich zu Zeit des Interviews in einer (dritten) Drogentherapie. Seine Freundin erwartet in Kürze ein Kind. Die Tochter ist 20 Jahre alt, hat ebenfalls die Hauptschule ohne Abschluß verlassen, gegen den Willen der Eltern geheiratet. Sie ist Mutter einer zweijährigen Tochter und lebt mit ihrer Familie in der Nähe ihres Elternhauses. Es gibt regelmäßige Besuchskontakte. Der jüngste Sohn ist nach seinem Hauptschulabschluß arbeitslos. Es gefällt ihm, z. Z. nichts tun zu müssen, nicht wie der Vater für schwere Arbeit wenig Lohn zu bekommen und am Ende körperlich verbraucht zu sein. Er halte sich den ganzen Tag mit Freunden auf der Straße auf, weist jedoch Drogenkontakte nach den Erfahrungen mit seinem Bruder weit von sich. (In der Nachbefragung nach zwei Jahren geben die Eltern an, daß er inzwischen ebenfalls heroinabhängig ist.)

Es handelt sich um eine fatalistisch eingestellte Familie, die gesellschaftliche Regeln und Institutionen instrumentalisiert oder umgeht. Der Vater vertritt eine Haltung des „Durchschummelns". Er wirkt idealisierend-plakativ, bemüht, aber ineffektiv, hilflos, ich-zentriert. Die Mutter wirkt mit ihrem Mann wenig verbunden, ist depressiv überfordert, hilflos und verwöhnend.

Typ 5: die **co-abhängig** / **um Probleme organisierten** Familien**:** Familien**,** die ein objektives Unglück nicht kompensieren konnten oder alle Energien an ein definiertes Problem binden (z. B. Drogenabhängigkeit, Verhinderung von Abschiebung, Umschulung des geistig behinderten-Sohnes auf „bessere“ Schule). Hilfe von außen erscheint für diese Familien nicht erreichbar oder annehmbar. Die tägliche Sorge um das Bewältigen des Alltags erschöpft alle Problemlösefähigkeiten, so daß bis auf wenige Ausnahmen (Windschattenkinder, Heirat) die Entwicklung aller Familienmitglieder eingeschränkt ist.

Ein Beispiel:

Familie Karinca stammt aus einer ostanatolischen Großstadt, ist kurdischer Herkunft und lebt seit fünf Jahren in Deutschland, inzwischen als anerkannte Flüchtlinge. Der Vater ist arbeitslos, die Mutter arbeitet stundenweise als Putzhilfe. Die 19jährige Tochter besucht die erste Klasse einer Handelsschule, nachdem sie nach ihren Hauptschulabschluß nicht die gewünschte Lehrstelle als Rechtsanwaltsgehilfin bekommen hat.

Die 18jährige Tochter besucht die 11. Klasse eines Gymnasiums und hat dort mit Leistungsproblemen zu kämpfen. Die 15jährige Tochter besucht mit gutem Erfolg die 8. Klasse einer Hauptschule. Wegen der mäßigen Deutschkenntnisse der Eltern haben die Töchter - insbesondere die beiden älteren - die Kommunikation mit deutschen Behörden und Institutionen übernommen. Der 12jährige einzige Sohn besucht eine Sonderschule für Geistig Behinderte.

Die Familie bewohnt eine 2½-Raumwohnung, in der sich die einzelnen Familienmitglieder kaum bewegen können. Eltern und Töchter beklagen diese Enge, die Eltern zusätzlich die Arbeitssituation und die finanzielle Situation der Familie. Die Mutter klagt über Heimweh und Gesundheitsprobleme. Beide Elternteile wirken psychisch stabil, ich-stark, differenziert, warm und verläßlich.

Die älteste Tochter neigt zu Selbstbeschränkung und zur Aufopferung für die familiären Ziele. Der Sohn ist das Sorgenkind der Familie. Er verfügt über wenige einige Ressourcen und braucht beständige Betreuung. Seine offensichtliche Behinderung wird von der gesamten Familie, insbesondere von den Eltern geleugnet. Es besteht die gemeinsam getragene Überzeugung, daß die deutschen Lehrer und Psychologen den Jungen wegen seiner schlechten Deutschkenntnisse und des Ausländerstatus der Familie diskriminieren. Daher werden von der Familie immer wieder Beratungsstellen aufgesucht, in der Hoffnung, daß endlich die wahre Begabung des Kindes festgestellt werde.

7.7.1.3 Mehrfachzuordnungen

Bei den (weitgehend) funktionalen Familien waren Doppelzuordnungen häufig, z. T., wie bei den „intellektuell Weitsichtigen“ und den „politischen“ waren dies überwiegend Zweitnennungen. Familien, die als „monokulturell selbstbewußt“ und als „religiöse Familie“ eingestuft wurden, auch als „rein bikulturell“ oder als Familie mit „selbstbewußt alleinerziehendem Elternteil“ waren mit diesem Merkmal oft nicht hinreichend beschrieben, sondern erhielten häufig eine Zweitcodierung. Überschneidungen bestanden desweiteren zwischen den „monokulturell selbstbewußten“ und den „in der Subkultur erfolgreichen Familien“.

Bei den (weitgehend) dysfunktionalen Familien waren wiederum Doppelzuodnungen häufig, z. B. bei den „monokulturell erstarrten“ Familien und den „überforderten Alleinerziehenden“, desweiteren kam die Zuordnung „Vater- und/oder Wurzellose“ und den „co-abhängig / um Probleme Organisierten“ öfter gemeinsam vor.

Dreifachnennungen kamen selten, z.B. als gemeinsame Zuordnung zu „intellektuell weitsichtig“, „politisch“ und „bikulturell“ vor (3 Familien). Bei den weitgehend dysfunktionalen Familien fand sich nur eine mit einer dreifachen Zuordnung: eine Familie erschien sowohl als „monokulturell erstarrt“, „neu zusammengesetzte Versorgungsfamilie“ als auch „um ein Problem organisiert“.

In zukünftigen Überarbeitungen wird daher eine Reduktion der Anzahl an Familientypen erfolgen.

7.7.1.4 Verbindung zu anderen Familienmerkmalen

Nach der Zuordnung zu den Familientypen wurde in einem weiteren Schritt anhand der Ergebnisse des Risiken-Ressourcen-Ratings überprüft, wie die Ratings hinsichtlich der Beziehungsethik und Transaktionen sowie der Symptomatik bei Eltern und Kindern ausgefallen waren.

Alle Familien, für die auf einer der Ebenen Transaktionen und Beziehungsethik oder auf beiden maximal hohe Ressourcen geratet wurden, befinden sich in der Gruppe der funktionalen Familien. Umgekehrt befinden sich alle, für die maximale Risiken auf einer oder beiden Ebenen geratet wurden, in der Gruppe der dysfunktionalen Familien. Unter den weitgehend funktionalen Familien finden sich nur 2, die auf der Ebene der Transaktionen ein erhöhtes Risiko (=3) aufweisen. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß sie auf der Ebene der Beziehungsethik gute Ressourcen und mehr Ressourcen als Risiken zeigen oder schon eine familientherapeutische Behandlung hinter sich haben.

Die dysfunktionalen Familien (bis auf die überforderten Alleinerziehenden) haben mit wenigen Ausnahmen ein gemeinsames Merkmal: Die Väter können aus unterschiedlichen Gründen die Verantwortung für die Familie nicht tragen: Sie konnten z.B. sich

den veränderten Bedingungen unter der Migration nicht anpassen oder sie sind deren Versuchungen erlegen, oder sie isolieren sich davor durch Abwendung ins Religiöse, ohne die Familie einzubeziehen. Beispiele hierfür sind 3 vermutlich Suchtkranke, 2 Väter mit deutschen Freundinnen gleichberechtigt der Familie, 2 Väter, die trotz nichtvorhandener ökonomischer Voraussetzungen auf die hac gingen, 2 Väter leiden an einer Persönlichkeitsstörung, 2 mißhandeln ihre Kinder. Ein positives Wahrnehmen der väterlichen Vorbildfunktion findet sich in keiner dieser Familien, in manchen nicht einmal das Aufrechterhalten der materiellen Versorgung.

In diesen Familien können die Mütter für ihre Kinder nicht ausgleichend wirken, sind objektiv oder subjektiv überfordert, oder sie gleichen auf pathologische Weise aus - eine Mutter führt z. B. mit dem Sohn ein heimliches Eigenleben nachts, wenn der Vater schläft und macht ihn zum Partnerersatz.

Die Probleme einiger Kinder werden auf krasse Weise verleugnet . So läßt z. B. ein Vater seine ebenfalls schwer kranke Frau die spastisch gelähmten Kinder tragen; in zwei anderen Familie werden die Behinderungen von Kindern nicht behandelt, in einer für Rentenansprüche instrumentalisiert.

Hinsichtlich der Symtombelastung fanden sich in 22 der 32 weitgehend dysfunktionalen Familien psychische Auffälligkeiten sowohl auf der Eltern- als auch auf der Kinderebene. Nur 2 Familien dieser Gruppe waren ohne jede Symptombelastung (allerdings in starker materieller Not oder vom gänzlichen Auseinanderfall bedroht). In den verbleibenden 8 Familien bestand eine Symtomatik entweder im Eltern- oder Kindersubsystem.

Bei den 45 weitgehend funktionalen Familien fand sich eine einzige mit Symptomatik auf beiden, der Eltern- und Kinderebene. Hier wirkte eine starke positive Vaterpersönlichkeit möglicherweise stabilisierend. 29 dieser Familien waren ohne jede Symptombelastung, in den anderen 15 waren entweder (mindestens) ein Kind oder (mindestens) ein Elternteil auffällig, in 7 Familien fanden sich lediglich symptombelastete Kinder.

Bezüglich der materiellen Situation der Familien war festzustellen, daß in 6 der 45 weitgehend funktionalen Familien ein Elternteil arbeitslos war; demgegenüber jedoch in 9 der 32 weitgehend dysfunktionalen Familien ein Elternteil arbeitslos war, in 6 weiteren Familien eine Rentenverfahren des Vaters (EU/BU) infolge von Krankheit Krankheit anhängig (4) oder abgeschlossen (2) war, zusätzlich waren 2 Väter im Vorruhestand und 2 regulär berentet.

7.7.2 Diskussion

Die Familien wiesen hinsichtlich der Typologie eine große Heterogenität auf. Es gibt also weder „die Migrantenfamilie aus der Türkei“ noch den „Königsweg“ familiärer Lebensformen in der Migration. Im Gegenteil scheint es zu einer Diversifizierung, d.h. unter den Bedingungen der Migration zu einem Zuwachs an Möglichkeiten in verschiedenen Richtungen zu kommen, die die Entwicklungsmöglichkeiten einer Familie relativ zum Herkunftsmilieu verglichen mit denen in der Binnenmigration noch übersteigen. Fisek und Schepker (1997) beschreiben Familien als anpassungsfähige Systeme, die versuchen, die Balance zwischen Wachstum und Kontinuität angesichts der sich verändernden Umgebungsbedingungen aufrechtzuerhalten. Eben dieses findet sich bei den untersuchten Feldfamilien auf sehr vielfältige Weise. Im Vergleich mit der von Wilpert (1987) vorgestellten 4teiligen Typologie, die sich an der Migrationsgeschichte orientiert, war es für die Zwecke unserer Untersuchung wichtig, erfolgreiche und nicht-erfolgreiche Familien des gleichen Habitus unterscheiden zu können und

neuere Entwicklungen im Rahmen der Migration miteinbeziehen zu können. So fanden sich Wilperts „ländlich-sunnitische Familien“ zwar häufig bei unseren monokulturellen Typen wieder, konnten jedoch durchaus auch zum Typ 2 der Migrantensubkultur oder auch beim Typ der Alleinerziehenden entwickelt sein.

Die positiven Möglichkeiten monoethnischer Wohnzusammenhänge, von Heckmann (1981) im Vergleich mit den „neighborhoods“ der USA herausgestellt, haben sich für die monokulturell selbstbewußten Familien bestätigen lassen. Eine religiöse Verwurzelung traf jedoch nur auf ein Drittel dieser Familien zu, d.h. nicht jede monokulturell ausgerichete Familie muß gleichzeitig fundamentalistische Neigungen haben. Desweiteren waren nicht alle religiös orientierten Familien sunnitische Muslime, sondern gehörten auch anderen Religionsgemeinschaften an.

Der Unterschied zwischen den erfolgreichen und den nicht erfolgreichen Familien war im wesentlichen, daß letztere kulturtypische Ressourcen - wie die hohe Familienkohäsion, das Nutzen traditioneller Familienstrukturen mit vorfindlichen Nischen für Entwicklungsnischen, die Netzwerkorientierung - in der Migration nicht nutzten, nicht nutzen konnten oder zu Abwehrzwecken mißbrauchten. Solche Ressourcen (wieder-) herzustellen, wäre die Aufgabe von therapeutischen Inverventionen.

Für die Familientypologie als zentral hat sich die Stellung und Rollenerfüllung des Vaters dargestellt. Väter, die ihr Migrationsziel nicht erreicht hatten, fanden sich in der Gruppe der nicht erfolgreichen Familien stark überrepräsentiert.

Die meisten Familien unseres Untersuchungskollektivs waren als erfolgreich zu bezeichnen - allein dies widerlegt erneut die Defizithypothese. Andere versuchten, die objektiven faktischen Probleme z. B. durch eine konservativ homöostatische Haltung zu lösen. In wieder anderen überstiegen die Veränderungen und Probleme die selbstkorrigierenden Fähigkeiten der Familie. Hierbei ist eine weitere wesentliche Schlußfolgerung die, daß Marginalisierung sich nur bei den nicht-erfolgreichen Familien fand. Dabei handelte es sich nur zum Teil um selbstgewählte Marginalisierung (monokultureller Rückzug, Suchterkrankungen mit entsprechenden Begleit- und Folgeproblemen). Zu einem großen Teil unterlagen die Familien auch gesellschaftlich erfahrener Marginalisierung durch Arbeitslosigkeit, durch unzureichende Hilfen (etwa für behinderte Kinder oder Krankheiten) infolge eines Asylbewerberstatus oder durch erlebte Ausgrenzung durch Institutionen der Majoritätsethnie.[76]

Kritisch sind die häufigen Mehrfachzuordnungen zu sehen, so daß die hier vorgestellte Typologie als vorläufige gesehen werden muß. Für spätere Veröffentlichungen sollte noch eine weitergehende Komplexitätsreduktion angestrebt werden. Vorüberlegte Möglichkeiten weisen darauf hin, daß insbesondere sozial-ökonomische Merkmale mögliche Kriterien zur Typencharakterisierung darstellen.

7.8 Fragestellung 7

Es ist qualitativ beschreibbar, welche vom Umgang mit deutschen Familien differenten institutionellen Angebotsstrukturen und Umgangsweisen bei Familien türkischer Herkunft zu empfehlen sind.

Die in der Fragestellung des Projektes enthaltene Betrachtungsrichtung der Gestaltung institutioneller Angebotsstrukturen erfordert über die Kenntnis der unterschiedlichen Familientypen hinaus eine Beschreibung der subjektiven Bedürfnislage der Fa-

[76] So endete die Abschiebung eines psychisch kranken und mit Delikten auffälligen Sohnes einer „um ein Problem herum organisierten“ Familie in die Türkei mit dessen Suizid.

milien selbst gemäß deren Äußerungen im Interview. Diese ermöglicht anschließend eine Abstraktion hinsichtlich sinnvoller Angebote im Sinne objektiver Bedürfnislagen und institutionell-faktischer Voraussetzungen.

Im Sinne der Leitlinien des FABER-Schwerpunktprogrammes wäre diese Fragestellung sowohl aus der Perspektive der Migranten als auch aus der Sicht der Institutionen zu beantworten mit dem auch möglichen Ausgang, daß keine unterschiedlichen Angebotsstrukturen sinnvoll sind. Die subjektive Sichtweise der in der Institution tätigen autochthonen Therapeuten wird unter Fragestellung 9 dargestellt werden.

Objektive Daten zur Beantwortung der Fragestellung sind aus dem Inanspruchnahmeverhalten der Familien selbst abzuleiten, das unter Fragestellung 5. dargestellt wurde, und aus den Ergebnissen der Nachbefragung (Fragestellung 8). Objektive Daten zum Verhalten der Institutionen werden zusätzlich aus der Analyse der Äußerungen autochthoner Therapeuten abzuleiten sein (Fragestellung 9).

7.8.1 Vorschläge der Feldfamilien zur Verminderung von Inanspruchnahmebarrieren

72 Familien machten verwertbare Angaben zur Frage, wie sie es sich erklären könnten, daß die Inanspruchnahmequote von Patienten aus der Türkei in psychiatrischen Institutionen deutlich unter ihrem Bevölkerungsanteil liegt.

Über 86 % der Familien vermuteten eine allgemeine Unkenntnis ihrer Landsleute über psychische Störungen und Behandlungsmöglichkeiten. In 11 % der Familien wurde die Ansicht vertreten, daß Eltern die psychischen Probleme ihrer Kinder (im Sinne von Vernachlässigung) nicht zur Kenntnis nähmen oder bagatellisierten. Vier weitere Familien waren der Meinung, daß die türkische Gesellschaft für diese Fragen nicht genügend sensibilisiert sei. In drei Familien wurde vorgebracht, daß türkische Eltern ihre Kinder besser erziehen würden, so daß psychische Störungen seltener aufträten. Ebensoviele Familien vertraten die Ansicht, daß Familien auf die eigenen Ressourcen vertrauten.

Vorurteile gegenüber der Psychiatrie (18 %), Angst vor Stigmatisierung (29 %), Scham und Verschlossenheit (22 %) und sprachliche Verständigungsprobleme (25 %) wurden als weitere mögliche Inanspruchnahmebarrieren benannt. So meinten auch 14 %, daß türkische Familien eher einen Heiler aufsuchen würden, als eine psychiatrische Institution.

Problemlösungen in der Familie würden bevorzugt (3 %). Nicht zuletzt fand sich eine epidemiologisch-programmatische Hypothese: türkische Familien kümmern sich mehr um ihre Kinder, haben also weniger Probleme (3 %).

Tabelle 119: Inanspruchnahmebarrieren bei Familien aus der Türkei aus Sicht der Feldfamilien (n=72)

	n	%
(keine Angaben)	5	-
weniger Probleme in türkeistämmigen Familien	3	4
Unwissen/-kenntnis	62	86
Nachlässigkeit der Eltern	8	11

innerfamiliäre Lösungsversuche	4	6
Angst vor Stigmatisierung	21	29
Scham	16	22
sprachliche Verständigungsschwierigkeiten	18	25
Vorurteile ggü. Psychiatrie	13	18
Ängste vor den Institutionen	6	8
Präferenz von Heilern	10	14

Ängste vor den Institutionen selbst wurden in 6 Familien laut: Angst vor Identitätsverlust, Angst nicht verstanden zu werden in der eigenen ethnischen und religiösen Identität und Ängste vor institutionellen Eingriffen („und dann schicken sie die Kinder auf die Sonderschule!“).

Vorschläge an Institutionen zur Senkung von Inanspruchnahmebarrieren wurden in 66 Familien gemacht. Am häufigsten wurde zur Behebung der Unkenntnis über psychische Störungen und psychiatrische/psychologische Behandlungsmaßnahmen eine verbreitete Öffentlichkeitsarbeit gefordert (74 %). Diese sollte sowohl über bestehende Netzwerke der Ethnie (wie Moscheevereine, türkische Läden, Mundpropaganda, Café´s), als auch über Handzettel, Wurfsendungen, tükische Medien und Schulen geschehen. Vermutlich auch angeregt durch unsere Interviewbesuche wurden in 21 % der Familien Hausbesuche vorgeschlagen. Das Bild der Psychiatrie müßte verbessert werden, wozu auch die Mithilfe von türkischen Ärzten und Krankenschwestern angefordert werden könnte.

Von den Institutionen wurde erwartet, daß mehr türkischsprachige Fachkräfte eingestellt werden sollten (21 %), aufsuchenden Familien zudem mit mehr Akzeptanz und Freundlichkeit begegnet werden sollte (15 %). Dadurch könne auch das Misstrauen gegenüber psychiatrischen Institutionen gesenkt werden.

Tabelle 120: Vorschläge an die Institutionen zur Senkung von Inanspruchnahmebarrieren (n=66)

	n	%
(keine Angaben)	11	-
Öffentlichkeitsarbeit (insgesamt)	49	74
- über Netzwerke, Mundpropaganda, Schulen	37	
- über Informationsblätter, Handzettel	15	
- über türkischsprachige Medien	14	
- über Veranstaltungen	5	
Hausbesuche	14	21
Vertrauen schaffen, Freundlichkeit, Akzeptanz	10	25
muttersprachliche Fachkräfte einstellen	14	21

Vereinzelt wurden aber auch gegenteilige Meinungen vertreten. Nach den Gründen für niedrige Inanspruchnahmequoten gefragt, antwortete eine Mutter, daß dies ein Vorurteil sei. Wenn Familien Probleme hätten, dann würden sie genauso eine psychiatrische Behandlung aufsuchen wie deutsche Familien auch. In einer Familie wurde geäußert, daß muttersprachliche Fachkräfte keine Lösung dieser Probleme brächten, ein Vater meinte gar, daß deutsche Behandler türkisch lernen sollten, da sie besser ausgebildet seien als türkeistämmige. Ein weiterer Vater forderte schließlich, daß die türkeistämmige Bevölkerung ihre eigenen psychsozialen Strukturen in Deutschland schaffen sollte.

7.8.2 Diskussion

Einige der in den Feldfamilien geäußerten Hypothesen über die geringe Inanspruchnahme ihrer Landsleute sind anhand unserer Daten überprüfbar.

Gemäß den Ergebnissen der CBCL-Angaben in der Feldstichprobe wären 60% der im klinischen Rating des Feldes als auffällig beurteilten Kinder über die Elternangaben in der CBCL fälschlicherweise der unauffälligen Gruppe zugeordnet worden. Dies unterstützt die Vermutung, daß bei einem gewissen Prozentsatz der aus klinischer Sicht gestörten Kinder eine derartige Zuschreibung durch die Familien nicht erfolgt.[77]

Ein „Umweg“ über einen Heiler wurde in der Ambulanzgruppe selten benannt, auch in den kinderpsychiatrischen Klinikambulanzen in Ankara wurde dies mit weniger als 1 % angegeben (Kilic et al 1994), so daß dort vermutet wurde, Heiler seien „die zweite Wahl“. Dies läßt das häufige Erwähnen einer Präferenz von Heilern entweder als Vorurteil gegenüber als rückständig oder bäuerlich diskriminierten Landsleuten erscheinen, oder es spiegelt eine spezifische Marktsituation für paramedizinisch/naturkundliche Angebote in der Migration wider, zu der hier keine repräsentativen Daten vorliegen.

Die Bevorzugung innerfamiliärer Lösungen und die Überlegenheit derartiger Lösungsstrategien konnte anhand unserer Daten (Ambulanzfamilien verglichen mit symptomatischen Feldfamilien) nicht bestätigt werden.

Die Bevorzugung monoethnischer Versorgungsangebote wurde in den durchgeführten Interviews nur selten genannt, jedoch sind Bestrebungen, auch im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie muttersprachliche Privatkliniken einzurichten, auch hierzulande zu verzeichnen. Sie mögen im Bereich der Versorgung von Kindern praktisch und in der Vorstellung der Eltern keine große Rolle spielen.

Als Konsequenz der Ergebnisse dieser Fragestellung für Institutionen wäre in erster Linie eine verstärkte Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit unter Zuhilfenahme ethnischer Netzwerke zu benennen. Institutionen der Regelversorgung sollten mehr Schwergewicht ihrer Tätigkeit auf die Öffentlichkeitsarbeit und auch auf präventive Elternschulung legen. Daneben wurde großer Wert auf die Einstellung muttersprachlicher Therapeuten gelegt, deren mögliche Einbindung in die Institution weiter unten in der zusammenfassenden Diskussion für institutionelle Aspekte erörtert wird.

[77] Das ließe einerseits die Schlußfolgerung zu, daß die betroffenen Eltern in der Tat Störungen bagatellisieren, wobei aber auch zu berücksichtigen ist, daß eine größere Toleranz gegenüber manchen Störungen besteht (dies gilt vor allem für hyperaktive Störungen, was sich auch in der Inanspruchnahmestatistik unserer Ambulanz abbildete) gegenüber den an deutschen klinischen Normen orientierten Untersuchern.

7.9 Fragestellung 8

Anhand des Verhältnisses von Risiken und Ressourcen in einer Familie mit Symptomverhalten von einem oder mehreren Kindern ist eine Voraussage dazu möglich, ob in einem Folgezeitraum von 2 Jahren (kinder- und jugendpsychiatrische) Beratung in Anspruch genommen wird oder nicht.

Diese Fragestellung ging zunächst davon aus, daß durch die Intervention des Familieninterviews alle Familien in Kenntnis des Versorgungs- und muttersprachlichen Beratungsangebotes gesetzt würden und daß damit der Zugang zu einer Inanspruchnahme nicht mehr durch Informationsdefizite behindert wäre. Familien könnten daher neuaufgetretene oder weiterbestehende Probleme von Kindern eher vorstellen, sofern nicht Risiken in der Dimension Beziehungsethik (vgl. Kapitel 3.2.: mißbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge o.ä.) oder ein Mangel an innerfamiliären Ressourcen in der Dimension der Transaktionen (Mangel an Regulationsformen) oder der Beziehungsethik (etwa die Unfähigkeit einer Familie, für das Wohl der Kinder im Sinne fairen Interessenausgleichs Sorge zu tragen) dies erschweren. Denkbar wäre auch eine abträgliche Auswirkung von Risiken im Bereich der elterlichen Psyche, wie eine eigene psychische Störung eines Elternteils mit Problemen der Realitätswahrnehmung oder -bewältigung. Unter „Inanspruchnahme“ sollten im Sinne des vielfältigen Versorgungssystems in der Nachbefragung sowohl sozialarbeiterische, beraterische Interventionen, das Aufsuchen psychologischer Beratung und Hilfen einschließlich der schulpsychologischen Dienste, die Inanspruchnahme von Hausärzten und auch die Inanspruchnahme psychiatrischer Beratung und Therapie erfaßt werden.

Desweiteren war am Ende des Teamratings jeweils eine Prognose hinsichtlich eines möglichen Symptomverlaufs und hinsichtlich möglicher Inanspruchnahme verschriftlicht worden, die mit den Ergebnissen der Nachbefragung verglichen werden sollte.

7.9.1 Ergebnisse

Bis auf 4 Familien konnten alle interviewten Familien für eine Nachbefragung erreicht werden. Als „positive Entwicklung“ wurde vermerkt, wenn Entwicklungsschritte vollzogen worden waren (Schul- oder Lehrabschluß, Verheiratung u.ä.), „negative Schulkarriere“ bezeichnet das Verlassen einer weiterführenden Schulform, Schulabbruch oder Schulverweis. Mit „Elternsituation“ ist die Gestaltung der Partnerbeziehung beschrieben, d.h. Neuverheiratung, neue Partnerschaft etc. oder neue Krisen.

Die nachfolgende Tabelle faßt inhaltsanalytisch die Aussagen der Teamprognose aus der narrativen Beschreibung der Familien am Ende des Teamratings zusammen und listet die Zuordung der Familie zur erfolgreichen oder nicht erfolgreichen Gruppe in der Typologie auf - diese zeigte gemäß den Ergebnissen zu Fragestellung 6 (s.o.) eine hohe Übereinstimmung mit der Symptomatik der Kinder, die in der dritten Spalte dargestellt ist. In den weiteren beiden Spalten sind inhaltsanalytisch nah am Interviewtext die Ergebnisse der Nachbefragung dargestellt.

Tabelle 121: Teamprognosen und Inanspruchnahme: Ergebnisse der Nachbefragung

Prognose nach Teamrating	Fam. typ	SBK Kinder	Ergebnis Nachbefragung hinsichtl. Inanspruchnahme	Ergebnis hins. bekannter / neuer Probleme
keine Inanspruchnahme	+	3	Keine	Schul- u. innerfam.Probleme T
Inanspruchnahme von S bei stärkerer Symptomatik	-	3	Keine	Keine
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Pos.Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme	+	2	Keine	Verbesserung Wohnverh.
keine Inanspruchnahme, ggf. sozialarb. Unterstützung wegen Schulproblemen	+	2	Keine	Sonderschule T3, Arbeitslosigkeit Vater
keine Inanspruchnahme	-	2	Keine	Pos. Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme, ggf. Leistungsdiagnostik auf Veranlassung der Schule bzgl. S2	-	4	Keine	S1 Ausb.abgebrochen, Va frühberentet, S2 stabilisiert auf unteropt. Niveau
Helfer werden bemüht werden, T vermutlich depressive Entwicklung	-	4	Keine	Positive Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme wegen Abwehr	-	4	Keine	Pos.Entwicklung Kinder, Besserung Sympt. S2
Indifferente Haltung zu Inanspruchnahme, Mu wird keine Psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen	-	3	Keine	Studienabbruch T1, Sonderschulzuweisung T2, pos.Entwicklung S1, Verbesserung Arbeit Va.
keine Inanspruchnahme	-	3	Keine	Negative Schulkarrieren T2/3
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Pos. Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Scheitern S. an Prüfung
keine Inanspruchnahme, ggf. S2 wegen diagnostischer Abklärung bei Schulschwierigkeiten	+	3	**???**[78]	**???**
keine Inanspruchnahme	+	1		Leichte Verschlechterungen Beruf Elt. aufgefangen. Pos.Entw.Kinder
keine Inanspruchnahme, ggf. JA-Intervention	+	2	**???**	**???**
keine Inanspruchnahme, S3, S4 gefährdet (dissozial)	-	4	Keine	S3 Problemkind, S4 Sonderschule, S1,T1,T2 aushäusig, daher bessere Wohnsituation, Arbeitsunsicherheit Va.
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Verbesserung elterlicher Situation, Schulprobleme S2, S1 pos Entwicklung
keine Inanspruchnahme hier, eher Psychologen	+	2	sozialpädagogische Familienhilfe, mit gutem Erfolg	Verbesserung Elternsituation, pos.Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme, ggf. Zunahme der körperlichen Beschwerden der Mutter	-	3	Keine	pos.Entwicklung Kinder
möglicherweise (Re-) Inanspruchnahme	-	4	Familie derzeit niederfrequ. ambulant eingebunden	Chronifizierung
keine Inanspruchnahme	-	4	**????**	**????**
keine Inanspruchnahme	+	1	Psychiat. Neuerkrankungen beider Elternteile; Behandlung beim Vater mit Erfolg abgeschlossen, Mutter	partielle Remigrationspläne; Ausbildungsprobleme S1

[78] Familie nicht erreicht

			noch in Behandlung	
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Pos.Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme	+	2	Keine	Verbesserung Sit.Eltern
keine oder nur fremdmotivierte Inanspruchnahme	-	2	Keine	Verbesserung Wohnverhältnisse
keine oder nur fremdmotivierte Inanspruchnahme	-	3	Keine	Keine Veränderungen
keine oder nur fremdmotivierte Inanspruchnahme	-	3	**????**	**????**
explizit keine oder nur fremdmotivierte Inanspruchnahme	-	4	S2 Schulpsychologin, wird von den Eltern abgewertet	Verschlechterung mat.Lage, externale Attribution aller Probleme
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Remigrationspläne Eltern, pos.Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme, Vater Sucht?, Mutter somatische, depressive oder phobische Symptomatik	-	2	Mutter psychiatr. Neuerkrankung; stat.Behandlung	Veränderung Elternsituation, derzeit allseits gebessert
Hilfeersuchen denkbar, abhängig von Fremdmotivation	-	3	Keine; psychosomat.Neuerkrankung Mutter u. somat. Behandlung	Disziplinschwierigkeiten, sonst unveränderte Sit.der Kinder
keine Inanspruchnahme	+	3	Keine	Keine Veränderung
keine Inanspruchnahme	+	2	Keine	Pos.Entwicklung Eltern und Kinder
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Pos.Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme, wenn dann intrumentalisiert gegen feindliche Außenwelt	+	3	Keine	Probleme neuzugezogener S1
keine Inanspruchnahme	+	2	Keine	Keine Veränderung
keine Inanspruchnahme	+	2	Keine	Pos. Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme	+	2	Keine	Keine Veränderung
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Pos.Entwicklung Kinder
ggf. Schullaufbahnberatung S,	-	2	Keine	z.T. pos.Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme	+	2	Keine	Pos.Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme	-	4	Keine, psychosomatNeuerkrankung Mu.	Pos.Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme	-	3	Keine	Verschlechterung Arbeitssituation, Verschlechterung Sit.S1
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Pos.Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Verbesserung Wohn- u.soziale Sit.
Gefahr dissozialer Entwicklung des Jungen, dann JHG, AWO	+	2	Soz.päd. Familinberatung, aufgrund von Sprachschwierigkeiten wenig Erfolg	Dissoz.Entwicklung eingetreten; Schulabbruch
keine Inanspruchnahme	-	2	Keine, somat.Neuerkrankung Mutter	Ausbildungsprobleme Kinder
keine Inanspruchnahme	-	4	Keine, psychiat. Neuerkrankung T3	Pos. Ausb. Entwicklung Kinder, Verschlechterung Elternsit.
keine Inanspruchnahme, möglicherweise sozialarbeiterische Intervention von Amts wegen	-	4	Keine, psychiat.manif.Erkrankung S1,S2	Problemzentrierung zugenommen
keine Inanspruchnahme	-	2	Keine	neg. Schulkarriere S1
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine, somat.Neuerkr.Vater	Keine Veränderung

keine Inanspruchnahme wegen T. zu erwarten	-	4	T1 wegen re-akt.psychiat.Neuerkrankung mit Erfolg	situative Problemzentrierung überwunden
evtl. Vorstellung von S3	-	2	soz.päd.Interventionen, Mißtrauen Fremdmotivierte Inanspruchnahme S3 zur Begutachtung	Verbesserung Wohnverh.,Ausbildungs- und Verhaltensprobleme aller Kinder
S bedarf KJP-Vorstellung, durch Schule bereits initiiert wurde	-	4	kinderpsychiatr.Behandlung erfolgt, psychiatr. /psychosom. Neuerkr.Mu.	Verschlechterung mat. Situation, weiter Probleme aller Kinder schulisch und Verhalten
keine Inanspruchnahme	-	3	Keine, Neue Verh.auff. S2	Zunehmende Problembelastung beklagt
keine Inanspruchnahme. ggf. wegen Schullaufbahnberatung	+	1	Keine	pos. Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme	-	2	Keine	Pos.Entwicklung Kinder
psychiatrische Vorstellung möglich bei Zunahme von Symptomatik bei S1 oder S2	-	4	Keine	Keine Veränderung
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Pos.Entwicklung Kinder
bei Weiterbestehen der Problematik bei S1 ggf. Vorstellung	-	4	Keine	Keine Veränderung
keine Inanspruchnahme	+	2	Keine	Keine Veränderung
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Verbesserung Elternsituation, pos.Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme	-	3	Keine	pos.Entwicklung Kinder
keine KJP-Inanspruchnahme, da T zu alt	+	4	T Psychiatrisch erfolgreich behandelt, Eltern Selbsthilfegruppe	Pos. Entwicklung S, Scham über Erkrankung von T
bei zunehmenden Problemen kann Inanspruchnahme erfolgen	-	2	Keine	Probleme unverändert
keine Inanspruchnahme	+	2	Keine	Pos.Entwicklungt Kinder
keine Inanspruchnahme hier	+	1	Keine	Keine Veränderung
Spontanremission, keine Inanspruchnahme hier	-	4	T Psychologin, nach Meinung d. Eltern o. Erfolg, hins.d. Störg. Symptomwandel	Problemzentrierung unverändert. Plan, T in der Türkei einem Arzt vorzustellen
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Keine Veränderung
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Keine Veränderung
keine Inanspruchnahme	+	2	Keine	Keine Veränderung
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	S1 zur Fam.gezogen, unproblematisch
Inanspruchnahme sicher und verläßlich bei Schullaufbahnberatung	+	2	Keine	Keine Veränderung
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Pos.Entwicklung Kinder
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Keine Veränderung
keine Inanspruchnahme	+	1	Keine	Keine Veränderung

Die erfolgte kinderpsychiatrische Inanspruchnahme im engeren Sinne war zahlenmäßig so gering ausgefallen, daß weitergehende statistische Analysen sich nicht anboten.[79] Nur 3 Familien hatten im Folgezeitraum nach dem Familieninterview unsere kinderpsychiatrische Institution aufgesucht, eine davon durch kurz vorher erfolgte Vermittlung der Schule und eine zur Begutachtung; einer Familie war die Institution durch eine früher erfolgte Behandlung bekannt.

2 weitere Familien ließen je ein Kind außerhalb psychotherapeutisch beraten, eine Familie wurde an den schulpsychologischen Dienst verwiesen.

Eine Familie suchte wegen der Erkrankung einer erwachsenen Tochter eine Behandlung außerhalb der Jugendpsychiatrie mit zufriedenstellendem Erfolg auf. In zwei weiteren Familien wurden Eltern(teile) psychiatrisch /psychotherapeutisch behandelt.

Sozialarbeiterisch-beraterische Interventionen erfolgten in 2 Familien und waren bei beiden im Teamrating als wahrscheinlich prognostiziert worden. Nur bei der Familie, die diese Beratung freiwillig gesucht hatte und als weitgehend funktional eingeordnet worden war, führte die Beratung zum Erfolg.

Aus den prognostischen Einschätzungen und der geschätzten Symptombelastung gemäß Rating SBK zum Untersuchungszeitpunkt läßt sich entnehmen, daß in 21 Familien deren Kinder trotz bestehender Bedürftigkeit nicht einer Beratung oder Behandlung zugeführt worden waren. Allerdings war es in 5 Familien zu einer spontanen Verbesserung auch ohne Inanspruchnahme gekommen, gegenüber nur 2 Familien mit vordem unauffälligen Kindern, in denen spontan neue Probleme angegeben wurden. Dieses zeigte sich als unabhängig vom Familientyp (funktional oder nicht funktional).

Übereinstimmungen der Teamprognosen im positiven Sinne mit der Nachbefragung (unproblematische Familie, gute bzw. unverändert eher positive Entwicklung der Kinder und keine Inanspruchnahme notwendig) trafen auf 36 Familien zu; Übereinstimmungen im Problemsinn (keine Inanspruchnahme aufgrund von Abwehr oder Hilflosigkeit trotz Problemen) zwischen Teamprognose und Nachbefragung bei 17 Familien.

Falsch negative Prognosen (Keine Inanspruchnahme, jedoch Symptom- bzw. Problemverbesserung entgegen der Teamprognose) trafen auf 4 Familien zu. Eine falsch positive Prognose im eingeschränkten Sinne (Inanspruchnahme für den Fall einer Verschlechterung vorausgesagt, nicht erfolgt und gleichbleibend schlechte Situation in der Nachbefragung) fand sich bei 2 Familien.

In 2 vorher unauffälligen Familien traten neue Problembelastungen auf: 1 mit (sozialarbeiterischer), in Familien ohne Inanspruchnahme von Hilfe (es waren lediglich Schulprobleme neu aufgetreten).

Die erfolgte Inanspruchnahme (skaliert nach Interventionsniveau und -dosis), korrelierte hoch mit der Symptombelastung der Kinder zum Interviewzeitpunkt gemäß dem Rating SBK ($r = .42$, $p < .005$). Das Bestehen von Problemen der Kinder im Verhaltensbereich zum Nachbefragungszeitpunkt korrelierte hoch mit der Symptombelastung zum Interviewzeitpunkt ($r = .36$, $p < .005$), d.h. es gab relativ wenig Neuerkrankungen und relativ wenig Verbesserungen.

Im Sinne der Fragestellung ergaben sich bei den Korrelationen einer erfolgten Inanspruchnahme mit den Ressourcen-Risiken-Ratings zum Interviewzeitpunkt in den Dimensionen von Transaktionen und Beziehungsethik keine signifikanten Beziehun-

[79] vgl. Ausführungen dazu um Folgeantrag an die DFG

gen hinsichtlich der Ressourcen und keine Signifikanz hinsichtlich der Risiken in der Dimension Beziehungsethik. Es bestand jedoch eine geringe Korrelation von tendenzieller Signifikanz mit den Risiken in der Dimension Transaktionen (r = .21, p <.10).

Sehr viel deutlicher korrelierten die bestehenden Probleme der Kinder zum Nachbefragungszeitpunkt mit allen Familienvariablen des Ressourcen-Risiken-Ratings:

Tabelle 122: Korrelationen familiärer Risiken und Ressourcen mit Verhaltensproblemen der Kinder zum Nachbefragungszeitpunkt

Re-Ri-Rating	Korrelationskoeffizient	Sign.
Ressourcen Transaktionen	-.43	.000
Ressourcen Beziehungsethik	-.35	.002
Risiken Transaktionen	.30	.011
Risiken Beziehungsethik	.38	.001

Verhaltensprobleme zum Nachbefragungszeitpunkt erweisen sich damit als hoch interdependent mit den zum Interview eingeschätzten familiären Ressourcen und Risiken.

Die Stärke der Korrelationen läßt im weiteren schlußfolgern, daß eine Inanspruchnahme wahrscheinlich deutlich weniger von den innerfamiliären Möglichkeiten oder deren Nichtvorhandensein abhängt als von der Symptombelastung der Kinder, die in einigen Fällen unabhängig von der Haltung der Familie eine Inanspruchnahme - aus Gründen gesellschaftlicher Regulierung, wie Einschaltung des Schulpsychologischen Dienstes oder Einholung eines Sachverständigengutachtens unter Umgehung der Eltern - auslöste (vgl. obige Tabelle).

Keine Beziehungen zeigten statistisch die familiären Ressourcen oder Risiken zu gesundheitlichen (psychosomatischen, somatischen) Problemen der Kinder zum Nachbefragungzeitpunkt oder zu bestehenden schulischen Problemen in Verhalten oder Leistung - lediglich eine schwache Korrelation errechnete sich zwischen Risiken in der Dimension Beziehungsethik zum Interview- und Schulproblemen zum Nachbefragungszeitpunkt (r = .20, p < .10).

7.9.2 Diskussion

Die fehlende durch die Interviews „induzierte“ Inanspruchnahme (alle neu inanspruchnehmenden Familien kamen fremdmotiviert) spricht für die Trennung der Funktionen durch die Interviewer und das Absehen von „Werbeeffekten“.

Die in den CBCL-Angaben im Vergleich mit dem klinischen Urteil bei symptomatischen Kindern ausgedrückten Abwehrhaltungen der Familien (vgl.: Beschreibung der Stichprobe anhand der CBCL) könnten das Ausbleiben einer Inanspruchnahme bei symptombelasteten Kindern teilweise erklären. In diesen Fällen scheint es sich dann (60 % der klinisch auffälligen Kinder in den Feldfamilien wurden durch die Eltern in der CBCL als unauffällig eingeschätzt) weitaus weniger um den Ausfluß von Ressourcen zu handeln, d.h. man kann weniger optimistisch von bestehenden Selbstheilungskräften der Familien ausgehen, als daß das Ausmaß an Risiken,. d.h. auch eine Begrenztheit elterlicher Problemwahrnehmungsfähigkeit und Förderhaltung gegenüber problematischen Kindern, das Inanspruchnahmeverhalten erklärt. Jedoch war

statistisch eine Beziehung von Risiken auf der Ebene der Transaktionen zum Inanspruchnahmeverhalten nur tendenziell herstellbar.

In einigen Familien war bei - z.T. neu aufgetretenen - Problemen trotz negativer Inanspruchnahmeprognose und der Einordnung als erfolgreicher Familie eine Inanspruchnahme von Hilfen erfolgt, dann überwiegend erfolgreich. Das Rekurrieren auf Ressourcen läßt sich demnach nur bei den von vornherein überwiegend erfolgreichen Familien als hinweisend für eine Inanspruchnahme im Problemfall heranziehen. Dies verweist im Sinne einer gesundheitspolitischen Diskussion auf die mäßige Erreichbarkeit von Problemfamilien durch das bestehende Versorgungssystem.

7.10 Fragestellung 9

Durch Veränderungen der Institution im Rahmen des Versorgungsteils, d.h. die Zunahme von Kontakten zu Patientenfamilien aus der Türkei, Kooperation mit Projektmitarbeitern und durch Fortbildung ändert sich das Verhalten autochthon deutscher Therapeuten begrenzt, aber merklich. Es wird erwartet, daß schriftliche Äußerungen über Patientenfamilien stärker auf kulturelle Besonderheiten eingehen und daß in der expliziten, erfragbaren Haltung Zugänge zu Patienten weniger aus ethnozentristischer Sicht gesucht werden.

Veränderungen der Institution haben allein durch die gestiegene Inanspruchnahme (siehe Ergebnisse zu Fragestellung 5) und die häufigere Präsenz türkeistämmiger Familien in der Ambulanz stattgefunden. Fortbildungen fanden auf verschiedenen Ebenen statt und wurden durch die Mitarbeiter der Institution selbst erbeten: zur Schreib- und Aussprachweise türkischer Namen und zu familienstrukturellen Merkmalen durch die pädagogische Projektmitarbeiterin; ein Vortrag von Frau Professor Fisek zur therapeutischen Begegnung von deutschen Therapeuten mit türkischen Migranten, und eine Life-Supervision einer türkeistämmigen Patientenfamilie bildeten den „Input“ an Kulturkontakt und Information für die Mitarbeiter der Institution neben vielen informellen Kontakten mit Projektmitarbeitern (vgl. auch Kapitel 4: „Kommunale und institutionelle Rahmenbedingungen“).

Damit geht diese Fragestellung auf die einleitende Darstellung des FABER-Antrags zurück, der darlegt, daß sich die Aufgabe verstärkter Komplexitätsbewältigung durch die Migration nicht nur für die Migrantenfamilien selbst, sondern auch für autochthone Experten im Versorgungskontext stellt, ob Lehrer, Sozialarbeiter, Ärzte oder Therapeuten.

Eine „begrenzte, aber merkliche“ Veränderung in Therapeutenhaltungen ist das Ziel der Gruppenarbeit nach Balint gegenüber Problempatienten. Die Balint’sche Theorie besagt, daß Ärzte und Therapeuten sich gegenüber als schwierig erlebten Patienten durch „Standardreaktionen“ auszeichnen und dazu neigen, ihre „apostolische Arztfunktion“ mehr zu betonen (Balint 1965). Eine vor dem Beginn dieses Projektes in der gleichen Institution durchgeführte Expertenbefragung konnte dies hinsichtlich der Haltung zu Migrantenfamilien qualitativ in einer Untergruppe der Befragten bestätigen (Eberding u. Schepker 1992).

Die wiederholte Expertenbefragung in der gleichen Institution (zu den Merkmalen der Befragten s.o. unter Kapitel 6.5., Stichprobenbeschreibung) war geeignet, Veränderungen in den subjektiven Haltungen der Experten zu objektivieren. Die inhaltsanalytische Arztbriefanalyse (zur Stichprobenbeschreibung, Methodik und Operationalisierung s.o.) war geeignet, zu überprüfen, inwieweit sich Änderungen der Expertenhaltungen in den offiziellen Mitteilungen der Institution nachvollziehen lassen.

7.10.1 Ergebnisse der Arztbriefanalyse

Von 1983 bis 1996 wurden 126 Patienten von insgesamt 28 Therapeuten gesehen, die meisten Patienten zwischen 1990 und 1992.

Die Arztbriefe wurden unterteilt in Briefe aus der Zeit vor dem Beginn des Vorprojektes (bis 1990: n = 50) und nach Beginn des Vorprojektes (n = 76) mit der Begründung, daß ab 1990 die Möglichkeit bestand, sich hinsichtlich kultureller Aspekte im Hause zusätzlicher Kompetenz zu bedienen (vgl. Kap.4.3).

Die Angaben beziehen sich auf insgesamt 118 Familien, da 6 Familien mehrere ihrer Kinder hier vorstellten. In 18,3 % erschienen die Patienten - meist in jugendlichem Alter - ohne Begleitung der Eltern (gelegentlich mit älteren Geschwistern) zur Untersuchung, was sich dahingehend interpretieren läßt, daß für einige Jugendliche das alleinige Aufsuchen einer deutschen Institution einen Autonomieschritt darstellen kann. Es kann auch dahingehend interpretiert werden, daß in einigen Familien ältere Geschwister die Außenvertretungsfunktion wegen besserer Sprachkompetenz übernommen haben.

89,2 % entstammten vollständigen Familien, 10 % geschiedenen oder getrennten Familien.

7.10.1.1 Migrationsspezifische Daten

Die Datengrundlage zur Migrationsgeschichte und den aktuellen Lebensbezügen ist lückenhaft. So fehlte in 52,4 % der Arztbriefe eine Angabe dazu, ob der Patient in der Türkei oder der Bundesrepublik geboren worden war. Die restlichen Patienten waren zu 10,3 % in der Bundesrepublik und zu 37,3 % in der Türkei geboren.

Es fand sich in 29,4 % der Arztbriefe keine Angabe zur Schulbesuchsform des Patienten. In 18,6 % der Arztberichte fehlte eine Angabe zur beruflichen Tätigkeit des Vaters und in 31,4 % eine Angabe zur beruflichen Tätigkeit der Mütter.

Die Arztberichte, in denen sich Angaben zur beruflichen Stellung der Eltern fanden, lassen nicht auf eine soziale Selektion der Inanspruchnahmepopulation im Vergleich mit den Daten der Feldstichprobe und der Ambulanzstichprobe unserer Untersuchung schließen. So übten 18,6 % der Väter und 5,9 % der Mütter einen erlernten oder akademischen Beruf aus oder war selbständig (Ambulanzstichprobe: 20,0 % Väter, 2,6 % Mütter). 10,2 % der Väter der Arztbriefstichprobe waren arbeitslos gegenüber 22,9 % der Ambulanzstichprobe (dies mag mit den unterschiedlichen Erhebungszeiträumen und der zunehmenden strukturellen Arbeitslosigkeit unter der Erstgeneration zusammenhängen).

Längere Trennungen von den Eltern (mehrere Monate bis Jahre) wurden bei 25,4 % der Patienten beschrieben.

Tabelle 123: Erhebung und Darstellung von Angaben zur Migrationsgeschichte im Zeitverlauf

	1983-1989		1990-1996		% gesamt
	n	%	n	%	

1 keine Angaben	8	16,0	9	11,8	13,5
2 wenige Angaben	34	68,0	23	30,0	45,2
3 ausführliche Darstellung	8	16,0	44	57,9	41,3

Chi^2= 22,7, df = 2, p < .001

Die Veränderung hin zum genaueren Betrachten der Migrationsgeschichte und der aktuellen Migrationssituation ist bezüglich der Quantität der Datenerhebung sehr deutlich.

7.10.1.2 Kulturelle Einbettung und soziales Umfeld

Kontakte zu Verwandten in der Türkei wurden in 20,6 % der Arztbriefe erwähnt, Kontakte zu Verwandten in der BRD in 19,8 %.

Tabelle 124: Darstellung der Angaben zur kulturellen Einbettung im Zeitverlauf

	1983-1989		1990-1996	
	n	%	n	%
1 keine Angaben	19	38,0	21	27,6
2 Angaben ohne Einbezug migr.typ.Zusammenhänge	20	40,0	37	48,7
3 differenzierte Darstellung	11	22,0	18	23,7

Chi-Quadrattest: n.s.

Die Vernachlässigung der kulturellen Einbettung und damit verbundenen Gestaltung sozialer Kontakte in den Arztbriefen veränderte sich im Zeitverlauf nicht merklich.

7.10.1.3 Differenzerleben des Therapeuten

Hinsichtlich der Schilderungen der Therapeuten hinsichtlich ihres Differenzerlebens gegenüber dem Patienten und seiner Familie ergab sich eine Abnahme sowohl von Differenzerleben als auch von positiv konnotierter Akzeptanz. Die Beschreibungen bewegten sich im Zeitverlauf hin zu mehr objektiven, neutral beschreibenden Schilderungen im Vergleich der beiden Zeiträume, d.h. es erfolgte eine Versachlichung.

Tabelle 125: Angaben zum Differenzerleben des Therapeuten im Zeitverlauf

	1983-89		1990-96	
	n	%		
1 Differenzbetonung	8	16,0	8	10,5

2 objektiv beschreibend	23	46,0	50	65,8
3 positive Akzeptanz	19	38,0	18	23,7

Chi^2= 4,85; d.f.=2, p < .10

7.10.1.4 Probleme in Kommunikation und Arbeitsbündnis

In an Empfänger außerhalb der Institution gerichteten Arztbriefen ist dies ein selten beschriebener Bereich, der auch in gutachterlichen Stellungnahmen erstaunlich selten Berücksichtigung findet (vgl. Schepker 1998 b). Dem stehen vielfache Literaturberichte über die Problematik des Zustandekommens einer Arbeitsbeziehung mit Migrantenfamilien gegenüber, die weit mehr umfassen als die Probleme sprachlicher Kommunikation (vgl. Kap. 2.5.4 zum Forschungsstand).

Tabelle 126: Probleme in Kommunikation und Arbeitsbündnis im Zeitverlauf

	1983-89		1990-96	
	n	%	n	%
1 keine Angaben	28	56,0	60	79,0
2 Erwähnung von Kommunikations- und Sprachproblemen	20	40,0	15	19,7
3 Schilderung von Problemen im Arbeitsbündnis, in Übertragung-Gegenübertragung	2	4,0	1	1,3

Die Abnahme der Angaben zu Kommunikationsproblemen seit 1990 hing u.a. damit zusammen, daß das Aufheben bzw. Nichtvorhandensein von Sprachproblemen durch die Anwesenheit der Cotherapeutin bei einigen (neuen) Therapeuten keine Erwähnung mehr fand.

7.10.1.5 Kulturadäquate Diagnosestellung

Eine Weiterbildung zu diesem Thema war in der Institution zum Untersuchungszeitpunkt noch nicht erfolgt, wenngleich die deutsche Übersetzung des DSM-IV mit den entsprechenden Vorgaben 1995 erschien, so daß hier überwiegend Effekte eines „Lernens durch Kulturkontakt“ gemessen werden konnten.

Tabelle 127: Kulturadäquate Diagnosestellungen nach DSM-IV im Zeitverlauf

	1983-89		1990-96	
	n	%	n	%
1 nicht erfolgt	34	68,0	53	69,7

2 Versuche	11	22,0	11	14,5
3 kulturelle Bewertung entspr. DSM-IV	5	10,0	12	15,8

Chi-Quadrattest: n.s.

Die leichte Zunahme kulturadäquater Diagnosestellungen war statistisch nicht signifikant, ganz überwiegend blieben die diagnostischen und differentialdiagnostischen Erwägungen unspezifisch und nicht explizit auf dem Hintergrund der speziellen Biographie (und damit Ethnizität und Kultur) differenziert.

7.10.2 Ergebnisse der Expertenbefragung

Alle 10 (A 1 - 10) Teilnehmer der ersten Befragung und 16 (B 1 - 16) der zweiten Befragung hatten in den letzten 3 Jahren mit Familien aus der Türkei gearbeitet. Drei Viertel der Befragten hatten ausschließlich stationäre Patienten behandelt, fast die Hälfte hatte ausschließlich ambulante Kontakte zu türkeistämmigen Patienten gehabt. Auch wenn interethnische Beratungen zwischen der ersten Befragung und der zweiten insgesamt etwas häufiger stattgefunden hatten, ergab sich statistisch kein signifikanter Unterschied.

Tabelle 128: Vergleich der Experteninterviewserien 1989/1995

	1989	1995
befragte therapeutische Mitarbeiter	11	16
Patienten aus der Türkei bieten eine gelegentlich eine spezifische Symptomatik, anders als deutsche (z.B. Konversion)	60 %	12.5 %
Die Behandlung türkeistämmiger Familien ist besonders schwierig	75 %	75%
- aufgrund von Sprachproblemen	100 %	75 %
- aufgrund von eigener Unsicherheit / Wissensdefiziten	50 %	69 %
Migrantenfamilien aus der Türkei haben andere Erwartungen an die Behandlung	91 %	70 %
Die Erziehung in Familien aus der Türkei ist defizitär (z. B. betr. Mädchen und Frauen) und führt zu Symptomatik	91 %	61 %
Familien aus der Türkei brechen häufiger die Behandlung ab	50 %	50 %

2/3 der Interviewteilnehmer waren der Meinung, daß die **Symptome** der Patienten aus der Türkei im wesentlichen vergleichbar sind mit denen der deutschen oder anderer ausländischer Patienten. Es gab keinen Unterschied zwischen den beiden Befragungen. Wenn genauer zur Qualität unterschiedlicher Störungsbilder gefragt, beschrieben in der ersten Interviewreihe 1989 noch in 60% die für die türkische Inanspruchnahmepopulation in der Literatur beschriebenen Symptome wie Konversion und Somatisierung, bei der zweiten Reihe 1995 wurden diese nur noch von 12.5% benannt.

Häufig wurden 1989 als pathogen in türkeistämmigen Familien innerfamiliäre Konflikte insbesondere um die pubertierenden Mädchen erwähnt. Kultur- und Migrationsstreß wurden häufig benannt sowie die Einschätzung abgegeben, daß die Familien später und mit besonders schweren Problemen in die Behandlung kommen. 1995 wurden Kultur- und Migrationsstreß gleich häufig genannt und seltener, daß die Familien später kommen als deutsche. Die speziellen Probleme der Mädchen wurden nicht mehr im Mittelpunkt gesehen. Insgesamt wurde in der Befragung 1995 weniger die Kulturdifferenz pathologisiert, insbesondere wurde die Kulturdifferenz seltener offen als Ursache für psychiatrische Störungen attribuiert.

Die Teilnehmer der Interviewserie 1989 meinten fast einstimmig, daß die **Erwartungen der Familien** aus der Türkei an die Therapeuten andere seien, hingegen 70% der zweiten Befragungsserie, daß sie gleich seien wie bei einheimischen Familien (p=.08).

40% der Erst-Befragten gaben an, daß Migrantenfamilien aus der Türkei medikamentengläubig seien bzw. eine starke medizinische Orientierung aufweisen würden. Diese Einschätzung war in der 2. Interviewreihe nicht mehr so häufig zu finden, stand aber immer noch im Vordergrund. In beiden Befragungen wurde die geringe Vorstellung benannt, die die Familien von Psychotherapie hätten. Während türkeistämmige Familien 1989 z.T. als ungebildet und fordernd dargestellt wurden (z. B. „Die Familien erwarten, daß wir die Mädchen stromlinienförmig in die Familie einpassen“, A10) fanden sich 1995 auch differenziertere Äußerungen zur Individualität, aber auch erlebter Unsicherheit und Hilflosigkeit. So wurde bei den ratsuchenden Familien beschrieben: „Größere Unsicherheit, Gefühl der Ausgeliefertheit, Ängste und die fehlende Anspruchshaltung“ (B1). Ein anderes Kontaktverhalten fand sich geschildert als daß die Familien „mehr Persönliches erwarten“ (B14).

In der ersten Interviewserie fanden sich zur **Erziehungshaltung** in türkeistämmigen Familien bei allen Befragten (mit einer Ausnahme) abwertende, defizitorientierte Stereotype, v.a. bezogen auf geschlechtsspezifisches Verhalten. (z. B. „die Frau drückt die Erziehungsvorstellungen des Mannes durch, der nicht da ist, weil er arbeitet, Frauen mit emanzipatorischen Interessen werden verurteilt“ - A3. - „Strenger, gewalttätiger, starre Rollenzuweisung, passive Mutter wird wie eine Putzfrau behandelt, Kinder werden zum Tragen des Schleiers aufgefordert“ A7).

In der zweiten Serie wurden diese Verhaltensweisen noch von 8 von 13 Therapeuten benannt, und es fanden sich Relativierungen von Stereotypen. Genannt wurden „eine klare Rollenvorstellung“ (B1), die „starke Ausrichtung Richtung Großfamilie, andere Rollenerwartung, formell der Mann“ (B4) und die “versorgende Haltung, kein Eingreifen, Zusammen Spielen ist fremd“ (B16).

Zum **Therapieverlauf** gaben 50% der Interviewteilnehmer beider Befragungen an, Familien aus der Türkei würden Therapien häufiger abbrechen. 50% schätzten, sie würden ebenso häufig abbrechen wie andere. 1989 wurde die Verantwortung für Therapieabbrüche in erster Linie bei den Familien selbst gesehen, z. B. weil „türkische Familien weniger zugänglich für verbale Strategien und weniger intelligent sind“ (A8) oder weil „Türken Angst haben, daß die Therapie zu erfolgreich wird“ (A10). 1995 wurde diese Verantwortung auch auf seiten der Therapeuten gesehen, z.B. weil „Familien enger angebunden werden müßten als strukturell möglich“ sowie „wegen der eigenen Unsicherheit und mangelnden Erfahrung“ (B6) bzw. weil „die Familien Erwartungen nicht erfüllt sehen“ (B12).

7.10.2.1 Kommunikationsprobleme

Tabelle 129: Durchschnittswerte zu Kommunikationsproblemen mit türkeistämmigen Patienten

	1989	1995	Sign.
Häufigkeit von Kommunikationsproblemen mit Patienten aus der Türkei	1.4	2.6	p < .05

range: 1 = immer - 4 = nie

Weniger oft waren im Vergleich beider Zeiträume zur Aufhebung der Sprachbarriere Familienmitglieder als Übersetzer oder professionelle Dolmetscher (p<.01) eingesetzt worden. Auf die bilinguale Cotherapeutin wurde dennoch nur von 50 % der Therapeuten (1995) zugegriffen.

Im Zeitraum von 1989 bis 1995 hat der Einfallsreichtum im Umgang mit Kommunikationsproblemen trotz der erfolgten Professionalisierung nicht abgenommen: individuelle Lösungsversuche wurden nunmehr von 56 % der Therapeuten angegeben (gegenüber 30 % im Jahr 1989), der Unterschied war statistisch nicht signifikant. Genannt wurden Reduktionen des sprachlichen Austauschs zugunsten präverbaler und gestischer Kommunikation, eine verbal geringere, aber eindeutige Kommunikation wurde gesucht. So wurde in der Befragung von 1989 beispielsweise vorgeschlagen, deutsche Therapeuten sollen „auf primitiver Stufe sprechen“ (A9) und in der Befragung von 1995, daß der Sprachteil bei einem entwicklungsdiagnostischen Test weglassen werden könne (B16). [80]

Darüberhinaus gaben die meisten Befragten an, die eigenen Kompetenzen erweitern zu wollen, z. B. durch Supervision. Praktisch schlugen sie vor, auf die Handlungsebene zu wechseln, oder sie nannten technische Modifikationen des üblichen Umgangs mit deutschen Familien. So wurde berichtet, daß in Kontakten mit Migrantenfamilien genauer nachgefragt (A3) oder Beispiele benannt (B7) bzw. eine bildreiche Sprache und Gestik (B14) eingesetzt würden.

7.10.2.2 Anamneseerhebung

Zur Frage, welche Informationen als wichtig erachtet werden, ergab sich folgende Rangreihe (Mittelwerte bei range 1-4):

Tabelle 130: Wichtigkeit anamnestischer Informationen (Mittelwerte und Standardabweichungen, range: 1-5 von „immer wichtig zu erfragen“ =1 bis „nie wichtig“ = 5)

Bereich	MW	Median	STD
Adaptationsgrad	1,9	1,0	1,6
Familiäre Ressourcen	2,2	2,0	1,5

[80] Bei allen folgenden Beispielen handelt es sich um wörtliche Zitate von Tonbandmitschnitten bzw. um Wiedergaben aus den von den Befragten selbst ausgefüllten Fragebögen.

bisherige Problemlöse-Strategien	2,4	3,0	1,4
Sprache/Ethnie	2,5	2,0	1,6
Migrationsgeschichte	2,7	2,0	1,8
Religion	2,8	3,0	1,8
Arbeits- und Lebensbedingungen	2,9	3,0	1,5
Bildungsstand d. Eltern	3,8	5,0	1,7

Damit kam dem „Grad an Anpassung“ an die deutsche Umwelt im Durchschnitt ein hohes Gewicht zu, ebenso den familiären Ressourcen und bisherigen Problemlösungen; in diesem Punkt zeigten die Therapeuten die größte Einheitlichkeit der Antworten. Sie maßen den faktischen Ressourcen und Risiken deutlich weniger Gewicht zu, am wenigsten dem Bildungsgrad der Eltern. Die größte Uneinheitlichkeit der Antworttendenz mit der größten Standardabweichung zeigten die Informationen zur Migrationsgeschichte und zur Religion, die demonstrieren, daß sich „Goldene Regeln“ im Umgang mit Patienten eines anderen Kulturhintergrundes im Sinne des DSM IV noch nicht durchgesetzt haben.

Die Reihung spricht dafür, daß die Experten dem Adaptationsgrad hohe Auswirkungen auf die familiären Strategien und damit möglicherweise Bedeutung für ihr therapeutisches Vorgehen zumessen, während sie den Bildungsgrad der Eltern in der Migrationssituation mit deutlichem Abstand als am wenigsten bedeutsam ansehen.

7.10.2.3 Therapeutische Haltung

In beiden Befragungen meinten 75% der Experten, daß die Arbeit mit Familien aus der Türkei schwieriger sei. Dabei macht es keinen Unterschied, ob vorher ein ungünstigerer Therapieverlauf angegeben wurde oder nicht. Alle Erst-Befragten benannten sprachliche und kulturelle Unterschiede als erschwerend für die Behandlung, 50% zusätzlich eigene Wissensdefizite und Unsicherheiten, wie z. B. „Kommunikationsprobleme, verschiedene kulturelle Denkweisen, (ich) wußte nicht was ankommt und was nicht, manches ist nicht rauszukriegen“ (A3) oder „mangelndes Hintergrundwissen der Therapeuten, Sprachprobleme“ (A8).

Die Nennung von Sprachproblemen nahm in der zweiten Interviewreihe ab-, diejenige von Unsicherheit und eigenem Nicht-Verstehen gegenüber der ersten zu. Therapietechnisch wurde von den Therapeuten mehr Annäherung an die Familien gesucht. So wurden in diesem Zusammenhang beispielsweise als schwierig benannt: „die kulturelle Ausrichtung zu verstehen und welche Veränderung gewünscht wird“ (B1) und „Sprachprobleme beim direkten Zugang zur Mutter, es fehlt was ganz entscheidendes (B13).

Der Wunsch nach einem für Migrantenfamilien spezifischen Angebot im psychosozialen Feld wurde durchgängig geäußert sowie nach einer Zusammenarbeit mit Dolmetschern und muttersprachlichen Therapeuten. Insbesondere die Arbeiterwohlfahrt (AWO) wurde als Kooperationspartner gesucht und gewünscht. Diesbezüglich wurden positive wie negative Erfahrungen geschildert. Es wurde eingeschätzt, daß der Beratungs- und Betreuungsbedarf insgesamt nicht befriedigt wird.

Während als Unterstützung für die autochthonen Therapeuten 1989 in erster Linie Vermittlung im Bereich Kultur und Sprache gefragt waren („bei der praktischen Arbeit

jemanden dabei haben, der sich auskennt und die Sprache spricht“ (A2), „Weiterbildung über alle Nationalitäten im Einzugsgebiet, Zusammenarbeit am Fall mit Spezialisten“ (A6), wurde 1995 neben dem Wunsch nach eigenständiger Arbeit mit den Migrantenfamilien der Wunsch nach Möglichkeiten zur eigenen Kompetenzerweiterung geäußert: „Unterstützung durch Supervision“ (B 1, B 15), kulturelle Sprechstunde“ (B1), „interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, Fortbildung, Sprachunterricht für Mitarbeiter, Erfahrungen von Migranten, die länger hier leben einbeziehen“ (B 14).

Desweiteren wurden institutionelle und politische Veränderungen gefordert, z. B. die Einstellung von bilingualen Mitarbeitern in der eigenen und in anderen Institutionen. Darüberhinausgehende Vorschläge lauteten „Familien (auf die Therapeuten) nicht nach Nationalitäten sondern problemspezifisch verteilen. Mehr Raum in Kliniken für Andersgläubige z. B. bezüglich Essen, Gebete“ (B14), „Anderes politisches Klima in Deutschland, ethnisch adäquate Interventionsstrategien der Jugendämter, Behörden, Schulen; Co-Therapie für alle Kulturfelder bei veränderter Arbeitsgestaltung“ (B15)

7.10.2.4 Exkurs: Ergebnisse der Gruppendiskussion zu den Experteninterviews:

Zu einer Institutionsanalyse gehört selbstverständlich auch das Feedback der Ergebnisse an die Institution selbst und deren Diskussion durch die Beteiligten. Dies hat bezüglich der Experteninterviews stattgefunden. Im wesentlichen gab es 2 Argumentationslinien von Seiten der Beteiligten:

1. Es wurde auf den „Input“ der Institution hinsichtlich einer kulturellen Öffnung abgehoben und auf historische Entwicklungen.

„Wir hatten in unserem Fach die ‘systemische Wende’ und achten einfach mehr auf übergreifende Zusammenhänge“. -

„Wir hatten die Solinger Ereignisse und den Prozeß unter Beteiligung unserer Klinik, so daß jeder aufmerksamer geworden ist gegenüber möglichen ausländerfeindlichen Äußerungen.“

„Es wurde eine Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, auch unter Beteiligung unserer Klinik gegründet.“

„Es gibt eine neue Generation von akademischen Mitarbeitern, die mit Menschen aus anderen Kulturen aufgewachsen sind.“

2. Eine weitere Argumentationslinie zielte mehr auf die Migrantenfamilien selbst und ihr Innovationspotential ab:

„Historisch können sich ja auch die Familien in der Migration selbst verändert haben, es ist jetzt überwiegend die 2. und 3. Generation.“

„Es hat die ‘Einbürgerungswelle’ unter den türkischen Familien gegeben, ein neues Selbstbewußtsein der Deutschen türkischer Herkunft ist entstanden.“

„Nicht nur wir als Therapeuten und die Institution müssen sich verändert haben.“

Zusammenfassend kann die Fragestellung 9 folgendermaßen beantwortet werden: eine merkliche Veränderung der Arbeitsweise der autochthonen Therapeuten war anhand der schriftlichen Produktionen nachzuvollziehen hinsichtlich der Erhebung migrationsspezifischer Daten, einer tendenziellen Abnahme von Differenzbetonung und Zunahme objektiver Beschreibungen, sowie einer Abnahme von expliziter Problembenennung hinsichtlich der Fremdheit der Familien. Jedoch mündete dies nicht in

eine Zunahme kulturadäquater Diagnosestellungen, und die Darstellung von sozialfaktischem aus dem Lebensraum der Familien blieb verbesserungswürdig.

Hinsichtlich der erfragten Haltungen waren Überzeugungen von einer unterschiedlichen Problempräsentation oder Erwartungshaltung der Familien rückläufig. Kommunikationsprobleme wurden seltener beklagt, eigene Unsicherheiten nahmen jedoch zu. Offene Vorurteilshaltungen hatten zugunsten einer allgemein sachlicheren Haltung abgenommen. Zum Teil bestanden recht differenzierte Vorstellungen über qualitativ sinnvolle Angebote.

7.11 Zusammenfassende Diskussion (Fragestellungen 5-9) hinsichtlich der Versorgungserfordernisse

Aus den Ergebnissen zu Fragestellung 5 geht hervor, daß türkeistämmige Familien im wesentlichen keine anderen Krankheitsspektren und in einer Institution der Regelversorgung kein anderes Inanspruchnahme- und Kontaktverhalten zeigen als deutsche Familien, sofern ein muttersprachliches Angebot vorhanden ist. Das bedeutet, daß Regelinstitutionen den Versorgungsbedürfnissen nachkommen können und keine eigenen Spezialinstitutionen geschaffen werden müssen. Die Familienbefragung zeigte nur ganz vereinzelt Tendenzen zur Segregation (eigene monoethnische Einrichtungen zu schaffen wurde nur einmal empfohlen).

Die Ergebnisse der Faktorenanalyse belegen, daß die Faktizität der Lebensverhältnisse eine gewichtige Rolle bei der Unterscheidung in Familien mit auffälligen und nicht auffälligen Kindern spielt, das heißt, daß die differenzierten Möglichkeiten einer Institutsambulanz mit sozialarbeiterischen Interventionspotential ausgeschöpft werden müssen und daß die Möglichkeiten zur Zusammenarbeit mit Mediatoren / Hilfsmöglichkeiten für den Lebensalltag (Schule, Berufsausbildung, Wohnsituation, Freizeitbereich etc.) ausgebaut vorhanden sein sollten. Wie bei allen Familien aus der unteren Sozialschicht ist die soziale Lage dringend in den Gesamttherapieplan einzubeziehen, und die notwendige Breite des dafür erforderlichen multiprofessionellen Spektrums und der Vernetzung spricht ebenfalls gegen die Schaffung von Spezialeinrichtungen.

Die Experteninterviews, die zu einem Zeitpunkt vor Abschluß und möglichem Bekanntwerden der statistischen Auswertungen erfolgt waren, spiegeln zwar ein korrektes intuitives Nachvollziehen einiger Erkenntnisse durch die autochtonen Experten (z.B. daß sich Symptompräsentation und Erwartungen der Familien mit steigender Inanspruchnahme denen der autochthonen Familien angeglichen haben), jedoch liegt die Reihung bedeutender Informationen der Anamneseerhebung teilweise quer zu unseren empirischen Ergebnissen. Zwar spielte der Bildungsgrad der Eltern auch nach unseren Ergebnissen keine Rolle - weder was die Kenntnis psychosozialer Angebote anbelangt noch in Zusammenhang damit, ob sich ein auffälliges Kind in der Familie fand - jedoch wurde von den Experten die Bedeutung der faktischen sozialen Lage unterschätzt. Dies zeigt eine im Zeitvergleich zwar deutlich subtiler gewordene, aber noch vorhandene Neigung zur „Kulturalisierung“ oder Medikalisierung (Bay et al 1993) von Problemen, eventuell auch eine Fortführung eines allgemeinen Psychodynamismus, der soziale Lebensrealitäten für Psychiater als nicht so bedeutsam erscheinen läßt.

Von den hier untersuchten autochthonen Therapeuten wird das Faktum der Migration zwar zur Kenntnis genommen und Vorurteilshaltungen im Sinne einer Überbetonung und ebenso im Sinne einer Nivellierung von Fremdheit haben abgenommen. Jedoch bleibt ein hoher Qualifikationsbedarf hinsichtlich adäquater Diagnosestellung, die den

Einfluß kultureller Faktoren auf Seiten des Diagnostikers und des Patienten sorgfältig abwägt, bestehen, der sich von Lehrwerken bis auf Supervisionszusammenhänge erstreckt (siehe dazu v. Schlippe et al 1997). Daß die befragten Experten sozialen Einflußfaktoren ein geringes Gewicht beimessen, verweist über unseren Projektrahmen hinaus darauf, daß zunehmende Kontakte mit Patienten nichtdeutscher Herkunft ein Qualifikationspotential auch für Patienten beinhalten, die aus anderen Gründen „fremd" sind (Randgruppenangehörige, Unterschichtfamilien etc.). Damit steht letztendlich infrage, ob es einer „spezifischen" interkulturellen Behandlungstechnik unter Beachtung des allgemeinen Qualitätsstandards in der Therapie wirklich bedarf oder ob nicht der Kontakt mit Migranten allgemeinere Beschränkungen im Sinne mangelnder Anerkennung von Differenz offenlegt (Quindeau 1996).

Nach den Vorschlägen der interviewten Feldfamilien sind muttersprachliche Beratungsangebote vorzuhalten. Als muttersprachliche Therapeuten wären sowohl Migranten oder Migrantenkinder der gleichen Ethnie mit guter muttersprachlicher Kompetenz und entsprechender psychologisch/ psychiatrisch/ psychotherapeutischer Ausbildung, als auch deutsche Therapeuten mit sehr guter symbolischer Zweit- und Drittsprachenkompetenz und interkultureller Erfahrung zu bezeichnen.

Es gibt für eine Institution viele Vorteile des Einsatzes solcher Fachkräfte, als da wären:

ein solcher Mitarbeiter arbeitet eigenständig,

verursacht als Angestellter der Institution keine zusätzlichen Kosten,

kann nonverbale Informationen sicher miteinbeziehen,

kann ein Zurückziehen ist in eine kulturell begründete Abwehrhaltung hinterfragen (sowohl auf seiten der Familien, als auch auf seiten der Institutionen),

ist der Lage auch mit deutschen Klienten zu arbeiten,

und erleichtert die Inanspruchnahme psychosozialer Dienste.

Er oder sie ist aufgrund der Ausbildung auch zu Forschung und zum Aufbau transnationaler Kontakte einsetzbar.

Daher ist die Auffassung, solche Vorhaben seien rein kommunale Angelegenheiten, nicht zu unterstützen - Universitäten, Schwerpunktkliniken und Beratungsstellen, sofern sie in die Regelversorgung eingebunden sind, müssen den gleichen Standard an Versorgungsqualität für alle Inanspruchnehmenden bieten (vgl. Bundesbeauftrage für die Belange der Ausländer 1995).

Wie wesentlich die konzeptionelle Haltung einer Institution hinsichtlich einer dauerhaften, nicht nur projektgebundenen Betreuung einer Zielgruppe von Migranten auch für die Gleichbehandlung der Mitarbeiter ist, beschreibt Gürsel (1993). Entgegen der geplanten Anlage des Projektes in der hier beschriebenen Institution ist die in der Regelversorgung angesiedelte Stelle der muttersprachlichen Fachkraft mittlerweile Stellenkürzungen zum Opfer gefallen. Diese „Prioritätenentscheidungen" verweisen immer wieder zurück auf den gesamtgesellschaftlichen Kontext der Versorgung von Migranten und die subtilen Mechanismen der Dominanzkultur (Rommelspacher 1993) im Sinne von Ausgrenzung und Diskriminierung. Die kollektive Erfahrung, daß bisher nur wenige „Modellprojekte" den Sprung in die integrierte Regelversorgung überlebt haben, trägt zu einer unausgesprochenen Parteilichkeit der muttersprachlichen Mitarbeiter bei (Flores Baeza 1993, Gürsel 1993), zumal den zu versorgenden Angehörigen der Minoritäten ohne kommunales Wahlrecht die Möglichkeiten der Durchsetzung solcher, einmal als sinnvoll erkannter, Versorgungseinrichtungen fehle (Acba 1993).

Wenn die Therapeuten zum Spezialisten für die jeweilige Ethnie werden, so kann bei den Klienten die berechtigte Befürchtung entstehen, eine umfassende Fachlichkeit vorenthalten zu bekommen (von einer Familie geäußert). Dem kann wie in unseren Modell dadurch entgegengewirkt werden, daß Muttersprachler ebensoviele deutsche wie allochthone Patienten behandeln und ebenso auch deutsche Therapeuten türkeistämmige Patienten behandeln.

Wenn Gefühle des Ausgeliefertseins den therapeutischen Prozeß behindern, sind dies nach Angaben der befragten Familien seltener Angst vor institutionellen Übergriffen als Angst vor Stigmatisierung und Scham. Diese zu entlasten wäre Aufgabe jedes diagnostisch-therapeutischen Erstkontaktes, wozu verbreitete Überzeugungen, Migrantenkinder seien eine „verlorene Generation“ und würden aus ökonomischen Gründen notwendigerweise vernachlässigt, aufgegeben werden müßten zugunsten soliderer Kenntnisse über möglicherweise zu erwartende, spezifische familiäre Ressourcen, wie sie im Kapitel über familiäre Merkmale und im Kapitel über Risiken und Ressourcen dargelegt wurden.

Ängsten vor institutionellen Übergriffen, die bei einem Teil der befragten Familien deutlich wurden, ist zu begegnen unter anderem durch Erfahrungen in den communities mit den Institutionen. Diese werden vor allem durch Netzwerke, Mundpropaganda und über die Schulen weitergegeben. So lautete die häufigste Empfehlung der Familien. Dies bedeutet, daß Versorgungsinstitutionen - wie im übrigen bei Remschmidt und Walter (1990) auch für deutsche Unterschichtfamilien erarbeitet - niedrigschwelligere Angebote machen sollten und eng mit Mediatoren im Vorfeld zusammenarbeiten müssen. Das Vorgehen der hier vorgestellten Projektarbeit im Feld hatte in diesem Sinne eine Doppelfunktion: neben der Erleichterung des Anwerbens von Familien für Interviews hat die gute Zusammenarbeit mit Institutionen und Mediatoren neben dem Vorhandensein eines muttersprachlichen Angebotes mit Sicherheit dazu beigetragen, daß die ambulante Inanspruchnahme sich bis auf den Bevölkerungsanteil an der Alterspopulation steigern konnte.

Hausbesuche durch die Institutionen selbst - ein angeregt durch die Interviewsituation ebenfalls häufig gemachter Vorschlag - waren jedoch, wie die Nachbefragung zeigt, eher nicht geeignet, Inanspruchnahme zu erhöhen, denn nur 2 Familien haben - fremdmotiviert - nach dem Feldinterview Beratung in Anspruch genommen, eine nahm eine frühere Behandlung wieder auf.

Durch Medien und Veranstaltungen nach Vorschlägen der Familien ist ein weiterer Zugang zu schaffen. Die gute Vorarbeit in Essen, stattgefundene Veranstaltungen des IMAZ, des Gesunde-Städte-Büros, des JPI, auch existierende niedrigschwellige Angebote wie das der Psychotherapeutischen Klinik in Zusammenarbeit mit dem ISSAP[81], dadurch auch die Aufgeschlossenheit der Mediatoren, erklärt u.E., daß in einigen Familien differenzierte Vorstellungen über psychische Störungen und Interventionsmöglichkeiten vorhanden waren, die gegenüber einer 1989 durchgeführten Freiburger Untersuchung (Ruhkopf et al 1993) an Eltern einer Kinderklinikpopulation viel ausgestalteter waren.

Für einen gänzlichen Abbau von Inanspruchnahmebarrieren auf Seiten der Familien ist nach den vorliegenden Projektergebnissen jedoch noch mehr als Aufklärung und Niedrigschwelligkeit notwendig: eine Differenzierung familiärer Reaktionsmuster hinsichtlich der Probleme der Kinder. Verstärkte elterliche Zuwendung, als häufigste Antwort auf verschiedene hypothetische Probleme einerseits, und eine häufige Attribution von kindlichem Fehlverhalten als bedingt durch mangelnde elterliche Präsenz

[81] Im Projektzeitraum neu entstandenes Angebot mit dem Institut für Soziale Arbeit, Universität GH Essen

und Strenge andererseits bedeuten zwar, daß die familiäre Verantwortlichkeit stark betont wird und daß daher aus therapeutischer Sicht eine Arbeitsbeziehung mit den Familien gut herstellbar ist - eine therapeutische Ressource. Diese Haltung ist jedoch auch geeignet, Schamschwellen zu erhöhen und professionelle Hilfe nicht als Möglichkeit auf der „inneren Landkarte“ vorzuhalten, wenn es um emotionale Störungen geht. Somit läßt sich auch erklären, daß nur 40 % der Ambulanzfamilien das muttersprachliche Angebot vorher bekannt war, d.h. die meisten kamen auf Anstöße von außen hin, die dann jedoch öfter gleich zur Inanspruchnahme der Institutsambulanz führten, ohne daß systematisch andere psychosoziale Angebote durchlaufen worden wären. Dabei ließ sich mit unseren Ergebnissen nicht belegen, daß die familiären Ressourcen zumeist ausreichen würden, professioneller Hilfe zu entraten.

Eine Selbsthilfebewegung innerhalb der Ethnie liegt nach unseren Ergebnissen nicht im Rahmen spontaner Problemlösestrategien der befragten Familien, ebensowenig bei dem Überwiegen negativer Vorinformationen eine Vernetzung mit Versorgungsstrukturen im Herkunftsland (vgl. Forderungen bei Nestmann und Niepel 1993), zumal solche im Bereich von Kinderpsychiatrie kaum existieren.

Der therapeutische Zugang sollte Toleranz für das (seltener als vielfach vermutet erfolgende) Aufsuchen von Heilern[82] ebenso aufweisen wie für das Überwiegen von Problembewältigungsstrategien wie Verwöhnung, mehr materielle Versorgung oder väterlich-strenge Kontrolle. Nach all unseren Ergebnissen bietet sich eine primär familientherapeutische Strategie an (vgl. Akgün 1991, Güç 1991, Koray 1991, Fisek und Schepker 1997, v.Schlippe et al 1997), u.a. aufgrund der hohen Familienkohäsion und der hohen Interdependenz von Ressourcen.

Bei der Vielgestaltigkeit familiärer Lebensformen und Kompetenzen, die wir in unserem Projekt ebenso gefunden haben wie vergleichbare Untersuchungen an anderen Migrantengruppen (Schleyer-Lindenmann und Moreau 1997) würden in Zukunft Beratungsteams autochthoner und muttersprachlicher Therapeuten in Regelinstitutionen den Beratungsbedürfnissen am ehesten gerecht werden. Produktive Möglichkeiten von Co-Beratung, wie z.B. bei Pavkovic (1993) ausführlich geschildert, entsprechen den hiesigen Erfahrungen und dürften neben anderem zu den Veränderungen zwischen den Untersuchungszeitpunkten beigetragen haben.

Eine nach den empfohlenen Regeln durchgeführte Co-Beratung verringert Gefahren normativer Interventionen der Dominanzkultur, wie einen bei Köse (1993) geschilderten Beratungsverlauf: das Scheitern des üblichen institutionellen Zugangs zu Familienkonflikten, wenn versucht wird, entsprechend dem ethnozentristisch-deutschen Vorgehen Mädchen aus der Familie heraus zu individuieren (vgl. auch Schepker und Eberding 1996).

Co-Beratung verringert desweiteren die bestehende Gefahr bei autochthonen Therapeuten, zu einer Überkompensation im Sinne positiver Diskriminierung zu neigen. Diese Haltung, die jedes Fehlverhalten Nichtdeutscher auf dem Hintergrund kultureller Gewohnheiten erklärt und entschuldigt und einen Schonraum für Ausländer einzurichten trachtet, dient nach Bianchi-Schäfer (1997) der Abwehr einer gleichberechtigten Auseinandersetzung und der vorschnellen Befriedigung (deutscher) Wiedergutmachungstendenzen. Befremdliche Überidentifikationen zeigen sich z.B. derart, daß folkloristisch anmutende Gestaltungsversuche Offenheit demonstrieren sollen oder - wie in neueren Ausführungen zur Gruppentherapie mit Dolmetschern (Röder 1995), daß wohlgemeinte Begrüßungsrituale eingeführt werden, die einem Arbeits- und Beratungskontext nicht zuträglich sind.

[82] von Rohner et al (1993) als Reaktion auf Enttäuschungen mit Regelinstitutiionen klassifiziert

Die Präsenz deutscher und muttersprachlicher Fachkräfte in einem Team läßt desweiteren den Patientenfamilien mehr Gestaltungsfreiheit. Es ist damit zu rechnen, daß die inanspruchnehmenden Familien einen - möglicherweise leicht verschobenen - Ausschnitt aus der Gesamtgruppe darstellen, ja daß möglicherweise die Familien, die sich einen deutschen Therapeuten wünschen, eher integrierte, wenn nicht assimilierte Familien sind -[83].

Das therapietechnische Vorgehen sollte sich je Familie am sehr unterschiedlichen Familientypus ausrichten. Für das Setting und den Zugang erscheint wesentlich, zunächst die gesamte Familie einzuladen, später kann dann entsprechend dem Familientypus mit einzelnen Subsystemen gearbeitet werden (etwa in einer monokulturell erstarrten Familie getrenntes Arbeiten mit dem Eltern- und mit dem Geschwister-Subsystem unter dem Ziel, die Familie zu einer monokulturell selbstbewußten zu entwickeln, die den Kindern eine bikulturelle Identitätsfindung erlaubt - oder Arbeiten mit dem Mutter-Töchter- und Vater-Sohn-Subsystem in einer coabhängigen Familie zur Stärkung des väterlich-kontrollierenden Einflusses bei Abhängigkeitsproblemen).

Mit Nestmann und Niepel (1993) wächst die Qualität der psychosozialen Versorgung von Migranten letztlich mit den Ressourcen für die **„Förderung der interkulturellen Idee.“**

[83] eine der inanspruchnehmenden Familien, die einen deutschen Therapeuten zu sehen wünschte und einen türkischen vehement ablehnte, hatte ihren Kindern deutsche Vornamen - Christian und Georg - gegeben.

8 DISKUSSION UND IMPLIKATIONEN

Eine alle Kapitel durchdringende Erkenntnis aus der vorliegenden Studie ist das Ausmaß an positiven Bewältigungsstrategien, psychischer Widerstandsfähigkeit und seelischer Gesundheit, das in den untersuchten Familien trotz deren unterschichtlastiger Selektion und trotz teilweise erheblicher sozialer Probleme zu finden war. Damit widerlegen die Ergebnisse der Studie, obwohl sie nicht als epidemiologische angelegt war, die immer noch in der Fachdiskussion vertretene Risikohypothese bezüglich psychischer Störungen für Jugendliche in Migrantenfamilien, ob diese nun in eine Kulturkonflikttheorie, eine Migrations-Streß-Theorie oder eine Marginalisierungstheorie eingebettet sei.

Das Bestehen psychischer Problematik bei 24,8 % der Kinder in 40 % der Familien bestätigt die Ergebnisse von Poustka (1984: 18 % Auffälligkeiten bei türkeistämmigen 13-14jährigen, kein signifikanter Unterschied zur Rate von 26 % bei deutschen) und die leicht gestiegene Rate bei den älter gewordenen Jugendlichen in der Nachuntersuchung von Schlüter-Müller (1992).

„Einfache“ Screeninginstrumente zur Erfassung individueller Auffälligkeiten haben sich im hier gewählten Vorgehen als problematisch dargestellt. Eine Erhebung allein anhand der CBCL, wie von Remschmidt und Walter (1990) mit dem Ergebnis einer besonderen Symptombelastung ausländischer Kinder im Vergleich zu deutschen durchgeführt, ist trotz der methodisch sorgfältigen Durchführung in unserer eigenen Studie (Überarbeitete bilinguale Fassung, Interviewkontext mit Nachfragemöglichkeit im Kontakt mit beiden Eltern, Verwendung verschiedener Normbezüge inclusive revidierter deutscher Normen) wegen der dennoch gefundenen Diskrepanz der Zuordnungen (7 falsch positive und 17 falsch negative von 136 Kindern, d.h. insgesamt 18 % Fehlklassifikationen im Vergleich mit dem klinischen Teamrating) in der epidemiologischen Aussagekraft, aber auch der individuumzentrierten Auswertung sehr in Frage zu stellen. Hierbei hat die Erhebung der Fragen in einem nicht-klinischen Interviewkontext methodisch einige Vorteile gegenüber der Fragebogenerhebung aufzuweisen, scheint jedoch nach unserer Erfahrung auch mit einer höheren Rate an Unterschätzung bestehender Symptomatik einherzugehen (vgl. Kap. 6.2.5.).

Die von Özelsel (1992, 1994) als Ursache besonderer Anfälligkeit für seelische Störungen bezeichnete hohe Externalität von Jugendlichen türkischer Herkunft ließ sich in unserer Feldstichprobe mittels eines an einer jugendlichen Migrantenpopulation geeichten Kontrollüberzeugungsinstrumentes für die Gesamtgruppe nicht nachweisen. Desweiteren ließ sich statistisch keine Beziehung der Kontrollüberzeugungen zur Funktionalität oder Dysfunktionalität der Familie herstellen, wohl aber zu zunächst nicht mit möglichen psychischen Auffälligkeiten verbundenen familienstrukturellen Merkmalen als möglichem Hinweis auf kollektivistische Orientierungen.

Damit versagen die anhand des damaligen Forschungsstandes in unsere Studie eingeführten quantitativen Instrumente als Screeningverfahren für psychiatrische Auffälligkeiten in der Gruppe türkeistämmiger Jugendlicher. Es muß davon ausgegangen werden, daß diese Instrumente zu fälschlichen Interpretationen führen, sofern kultur- und schichtspezifische Antworttendenzen, wie es bis zu Beginn unserer Studie der Fall war, nicht in adäquate Normierungen umgesetzt worden waren und sofern bei einer Fragebogenuntersuchung bei damit wenig vertrauten Befragten nicht mögliche Tendenzen zu sozial erwünschtem Antwortverhalten miterfaßt werden können (s.u.).

Zur Erforschung der Bedingungsfaktoren für eine beeinträchtigte seelische Gesundheit der Kinder erwies sich das adaptierte Modell nach Boszormenyi-Nagy mit unabhängig voneinander geschätzten Ressourcen und Risiken in den Familien als gut praktikabel. Als bedeutsam stellten sich folgende Faktoren der qualitativen Analyse dar:

Familien mit auffälligen Kindern zeigten signifikant weniger Ressourcen in allen Dimensionen unseres theoretischen Modells (Biographie, Fakten, Psyche der Eltern, Transaktionen und Beziehungsethik), ohne daß daraus eine einfache Kausalität abgeleitet werden könnte. Eine besondere protektive Wirkung entfalteten faktische Ressourcen der Väter (Arbeit und sozialer Erfolg, soziale Eingebundenheit, Gesundheit etc.) mit 18 % Varianzaufklärung (mult. Regression). Gemeinsam mit Ressourcen in der Dimension der Beziehungsethik konnten väterliche Facts 24 % der Varianz hinsichtlich Verhaltensauffälligkeiten der Kinder klären.

Ressourcen wiesen allgemein eine hohe Interdependenz (zwischen familiären und individuellen Ressourcen) auf, hatten jedoch nur eine schwache Diskriminanzwirkung hinsichtlich kindlicher Auffälligkeiten im Vergleich mit den davon unabhängig eingeschätzten Risiken. Das bedeutet für die Psycho- bzw. Soziogenese von Störungen in unserem Modell, daß mangelnde Ressourcen erst dann negative Auswirkungen zeigen, wenn bestehende oder neu auftretende Risiken die Regulationsfähigkeiten in Familien übersteigen.

Diese Interpretation wird gestützt durch weitere Befunde: so hatten Familien mit Streitbeziehungen der Eltern, in unserer Studie eher auffällige Kinder. Streitbeziehungen zwischen den Eltern sind ein bekannter Risikofaktor und eines der Items des FAI, zeigte bei Poustka (1984) jedoch nur eine tendenzielle Beziehung zu Verhaltensauffälligkeiten. Risiken in der Dimension „Psyche“ bei den Eltern hatten eine signifikante eigene Wirkung auf kindliche Verhaltensauffälligkeiten. Anhand der Faktorladungen zeigte sich die Familiendynamik in hohem Maße als abhängig von Elternpersönlichkeiten. Dies stimmt mit dem FAI-Item „Depression/Störung der Mutter/ des alleinerziehenden Vaters“ als ausgewiesenem Risikofaktor überein.

Ebenso waren Kinder aus Familien mit einer subjektiv starken Beeinträchtigung durch fremdenfeindliche Bedrohung oder aus Familien mit einem arbeitslosen Elternteil häufiger symptombelastet. Arbeitslosigkeit bestand in 26 % aller Familien mit einem auffälligen Kind (im Vergleich zu 10,6 % der unauffälligen Feldfamilien) und war auch in der Typologie sehr unterschiedlich verteilt: nahezu alle Väter des „monokulturell erstarrten“ und des „vater- /wurzellosen“ Typus der überwiegend nicht erfolgreichen Familien waren arbeitslos oder erwerbsunfähig. Arbeits- oder Beschäftigungslosigkeit eines Elternteils erreichte die drittstärkste Diskriminanzwirkung hinsichtlich der Symptombelastung mindestens eines Kindes nach den Faktoren, die die familiendynamischen Variablen und die individuellen kindlichen Risiken und Ressourcen geladen hatten.

Das bedeutet, daß das Erreichen des Migrationszieles im Rahmen der Arbeitsmigration bzw. dessen Scheitern bei der beschriebenen hohen Familienkohäsion eine erhebliche Wirkung auf die Entwicklung der Kinder haben kann. Die gleichsinnigen Ergebnisse aus verschiedenen Auswertungssträngen unserer Studie belegen die enorme sozialpsychologische Bedeutung der Beschäftigungs- und Ausländerpolitik und die hohe Bedeutung der faktischen Lebenssituation, die im Rahmen psychiatrischer Explorationen, wie auch in unserer Expertenbefragung eingeordnet, völlig zu Unrecht nur als mäßig bedeutsam rangiert. Keine wesentliche Bedeutung kam demgegenüber den Wohnbedingungen zu, die keine signifikante Korrelation zu Symptombelastungen erreichten. Dies trifft sich mit Dewrans (1989) Feststellung einer ge-

ringen subjektiven Belastung durch Wohnbedingungen vor allem für diejenigen Jugendlichen, die aus dörflichem Milieu im Heimatland stammen, wie es auch in unserer Feldstichprobe der Fall war.

Ob sich der Einfluß sozialpsychologischer Faktoren, wie elterliche Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, im Sinne der Eingangshypothesen gemeinsam mit Externalität der Kontrollüberzeugungen im Sinne einer psychopathogenetischen Modellvorstellung verwerten läßt, blieb fraglich. Zwar wäre das Konstrukt einer „berechtigten Nichtbeeinflußbarkeitsüberzeugung“ durch gesellschaftliche Marginalisierungsprozesse überzeugend und wird auch von anderen Untersuchern gestützt (vgl. Schepker 1995). Jedoch erscheint diese These auf dem Hintergrund der hier erfolgten zusätzlichen qualitativen Zuordnung von Internalitäts- und Externalitätsüberzeugungen nicht haltbar - das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen scheint zu wenig die pragmatische Lebenshaltung türkeistämmiger Jugendlicher abbilden zu können, denn es „berücksichtigt nicht die Möglichkeit der Koexistenz z.B. von magischen Überzeugungen und Selbsteffizienz, von hierarchischen Familienentscheidungs-Prozessen und egalitären Peergruppenprozessen“ (s.Fragestellung 3).

Dem Bildungsgrad bzw. den Schulbesuchsjahren der Eltern in Deutschland und der Türkei kam keine statistische Bedeutung hinsichtlich der Symptombelastung zu. Dies läßt sich dahingehend interpretieren, daß die Bildungschancen im Herkunftsland, vor allem im Rahmen der überwiegend dörflichen Herkunft der Eltern, ungleich verteilt sind und daß daher aus dem Bildungsgrad der Eltern kaum eine Voraussage dazu ableitbar ist, wie erfolgreich sich eine Familie der Komplexitätsbewältigung in der Migration stellen kann. Daß die „intellektuell weitsichtigen“ Familien sich als Subtypus nur in der Gruppe der überwiegend erfolgreichen Familien fanden, widerspricht dem nicht, denn diese Familien hatten hinsichtlich ihrer sozialen Voraussetzungen weitere Vorteile. Sie waren überwiegend von begüterterer städtischer Herkunft, hatten durchschnittlich weniger Kinder und waren beruflich, teilweise in subkulturellen Zusammenhängen, erfolgreich.

Es korrelierte eine bestehende kindliche Symptombelastung jedoch mäßig mit der Kinderzahl der Familie (soziologisch einem „Armutsfaktor“) und mit der Generationszugehörigkeit der Mutter. Da ein Drittel der Mütter in Feldfamilien mit unauffälligen Kindern der 2. Generation angehörten, jedoch nur ein Zehntel der Mütter in allen Familien mit auffälligen Kindern, bieten sich mehrere Interpretationen an: Mütter der 2. Generation zeigen eine deutlich niedrigere Kinderzahl (sowohl in unserer Studie als allgemein), so daß Armutskriterien als Risikofaktor auf diese Familien seltener zutreffen dürften. Mit weniger Kindern sinkt statistisch das Risiko, daß darunter in einer Familie ein aus individuellen Risiken (Geburtstrauma etc.) heraus auffälliges Kind heranwächst. Mütter der zweiten Generation sind möglicherweise darüberhinaus mit der Aufnahmekultur vertrauter und neigen weniger zur Segregation/Marginalisierung und dadurch weniger zur monokulturellen Erstarrung (s.u.).

Zusammenfassend ließen sich hinsichtlich der Symptombelastung von Kindern und Jugendlichen einige gut etablierte universalistische Erkenntnisse, vor allem solche aus der jugendpsychiatrischen Risikoforschung, reproduzieren (FAI –Items, s.o.; Strukturelle Erkenntnisse s.u.); es fanden sich daneben auch migrationstypische Konstellationen mit protektiven Auswirkungen (2. Generations-Zugehörigkeit der Mutter; Erreichen des Migrationsziels; Anwesenheit des Vaters).

Eine stärkere Migrations-Spezifik zeigen unsere Ergebnisse zu familienstrukturellen Merkmalen.

Eine höhere Familienkohäsion und eine relativ zu westlichen Familien geringere Adaptabilität war mithilfe der CRS zu operationalisieren. Der rekategorisierte „migrationsadäquate“ Familieninteraktionsstil mit höherer Rigidität als in der europäischen Norm und hoher Kohäsion bis hin zur Verstrickung ging zu 92 % mit Symptomfreiheit der Kinder einher. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Studien in der Türkei überein (Levi 1984, vgl. Kagitçibasi 1996). Chaotische und losgelöste Familienformen zeigten demgegenüber deutlich höhere Symptombelastungen bei den Kindern. Bei der hier beschriebenen höheren Familienkohäsion scheint es sich um ein Phänomen zu handeln, das vor allem in der ersten Zeit nach Migration aus dörflichen Kontexten in monoethnische Lebenszusammenhänge zum Zuge kommt: nach Spearman-Rang-Korrelation war der Kohäsionsgrad höher in Familien mit hoher Kinderzahl, älteren Müttern, stärkerer Orientierung der Kinder an den Normen und Werten der elterlichen Herkunftskultur und mehr türkeistämmigen Nachbarn. Dieser Strategie einer relativen Segregation und Aufrechterhaltung, evtl. sogar Erhöhung der Familienkohäsion kommt im Sinne der o.g. Interpretation des Verhältnisses von Ressourcen und Risiken für die Jugendlichen wahrscheinlich eine präventive Wirkung hinsichtlich des Ausgrenzens von Risiken zu.

Extremwerte (dysfunktionales Funktionsniveau gemäß der vorgenommenen Neukategorisierung der CRS) und migrationsinadäquate (z.B. losgelöste) Familienstrukturen standen wiederum signifikant in Beziehung zum das Einreisealter der Mütter (nicht der Väter) in Deutschland – d.h. sehr spät eingereiste Mütter fanden eher losgelöste Familienarrangements vor oder zogen sich auf Extrempositionen (wie „rigide Verstrickung“ als häufigste Extremkategorie) zurück.

Interessanterweise wurde dem „Assimilationsgrad“ der Familien in unserer Expertenbefragung die höchste Bedeutung für die Anamnese- und Befunderhebung attribuiert. Dieses Ergebnis ließe sich vordergründig mit einer politischen Haltung der erwarteten Anpassung von Migranten an die Majoritätsethnie erklären und mit naiven Erklärungen von Psychopathologie als kulturkonfliktbedingt. Versteht man unter „Assimilationsgrad“ im Sinne von Berry (1992) jedoch eine Haltung der Identifikation mit den Werten der Aufnahmegesellschaft (Assimilation) einerseits im Gegensatz zu mangelndem Verhaftetsein in Werten und Normen beider, der Herkunfts- und der Aufnahmegesellschaft andererseits (Marginalisierung) mit den Abstufungen „Integration“ und „Segregation“, dann bestätigen unsere Ergebnisse diese Experteneinstellung. Teilte man die Familien gemäß dem Berry’schen Modell nach ihren Akkulturationstendenzen ein, zeigte sich, daß sich fast alle als dysfunktional beurteilten Familien an segregierten oder marginalisierten Akkulturationspositionen der Eltern fanden[84]. Als integriert oder assimiliert eingestufte Eltern waren fast ausschließlich (in der Neukategorisierung nach dem circumplex model) den als funktional beurteilten Familien zuzuordnen.

Die in der Familientypologie beschriebene Habitusform einer monoethnischen Eingebettetheit wirkt demnach dann protektiv, wenn den Kindern in der Familie eine bikulturelle Orientierung möglich ist. Während die Elterngeneration in ihrer Gesamtheit eher zur Segregation neigt, waren die Kinder unserer Feldfamilien gemäß dem Modell von Berry (1992) überwiegend als integriert oder assimiliert zu bezeichnen, d.h. den meisten Kindern wurde eine eigene Orientierung im Sinne eines Relativierens der Werte des Herkunftsmilieus bzw. eines Pendelns zwischen verschiedenen Orientierungen offen oder verdeckt zugestanden.

[84] Der Umkehrschluß trifft allerdings nicht zu.

Desgleichen war eine weltanschauliche - religiöse oder politische - Einbindung ohne Erstarrung ein Merkmal der überwiegend funktionalen Familien. Von positiver Bedeutung, vom Rang eines Unterscheidungsmerkmals funktionaler und nicht-funktionaler Alleinerziehenden-Familien, war darüberhinaus eine existierende Netzwerkeinbindung der Familie.

Die familiären Bewältigungsstrategien, die der Entfaltung einer möglichen Psychopathologie bei Jugendlichen entgegenwirken, lassen sich mithilfe der Ergebnisse unseres qualitativen Vorgehens folgendermaßen beschreiben:

Als typischer Umgang mit auftretenden Problemen der Kinder läßt sich eine Aktivierung familiärer Ressourcen inform von Verstärkung der elterlichen Zuwendung und auch Verwöhnhaltung beschreiben, wie es 77% der Familien anhand der inhaltsanalytischen Auswertung der Antworten zu hypothetischen Problemstellungen vertraten. Emotionale Zuwendung der Eltern und genügende materielle Versorgung waren die bevorzugte pädagogische Haltung, mehr als „westliche“ Regulations- oder Sanktionsformen. Vesorgung ohne Grenzsetzungen im Sinne eines monokulturellen „büyütmek“ (großziehen) führte in der Feldpopulation nicht regelhaft zu Auffälligkeiten der Kinder (8 / 13 darüberhinausgehend verwöhnende Familien hatten mindestens ein auffälliges Kind). Entsprechend der hohen Familienkohäsion wird auf den appellativen Charakter somatischer Beschwerden und emotionaler Störungen positiv mit verstärkter Zuwendung eingegangen. Zum Teil drückten solche vorfindlichen Haltungen eine explizit vorhandene ganzheitliche Sichtweise von Körper und Seele aus, die sich je nach der Sozialisation und Bildung der Familien sowohl auf prä- als auch auf postmoderne Haltungen zurückführen ließ. - Bei Störungen des Sozialverhaltens, die sich im öffentlichen Raum manifestieren, wurden daneben auch Strategien vermehrter Kontrolle vor allem durch die Väter genannt. Im Gegensatz zu den Untersuchungen von Kagitçibasi (1996) an binnenmigrierten Familien wurden strafende Erziehungshaltungen in unseren Familien relativ selten benannt. Kagitçibasi wies einen signifikanten Langzeiteffekt einer Schulung der Mütter mit Verbesserung der Interaktionsdichte zum Kind und Unterstützung der Verbalisationsfähigkeit auf die Abnahme von Strafmaßnahmen nach. Möglicherweise kann die Migration in einen anderen Sprachraum und die damit verbundene intensivere Interaktion einen ähnlichen Effekt zeitigen. Andererseits wurde im Gegensatz zu Kagitçibasi in unserer Studie nicht explizit nach körperlicher Bestrafung gefragt.

Ätiologisches Denken im Sinne eines Suchens nach Ursachen für kindliche Probleme fand sich bei den befragten Familien gering ausgeprägt (verwertbare Angaben nur bei etwa 1/3). Vorherrschend ist ein lösungsorientiertes Herangehen mit polypragmatischen Ansätzen, ohne eine (vgl. Ruhkopf et al. 1993) dichotome Unterscheidung in (psychische) „Hoca-Krankheiten“ oder „Ärzte-Krankheiten“ und ohne Vorwiegen „traditioneller“ oder „moderner“ Lösungsmuster. So läßt sich auch das Aufsuchen des muttersprachlichen Angebotes der Institutsambulanz zum Teil einer solch polypragmatischen Haltung zuschreiben. Der Informationsgrad der inanpruchnehmenden Familien war höher als in den Feldfamilien, blieb jedoch auf weniger als die Hälfte der aufsuchenden Familien hinsichtlich des speziellen Angebots begrenzt. Daraus läßt sich schlußfolgern, daß ein relativer Mangel an Differenziertheit in den Kennntissen der möglichen Angebote und Lösungswege durch eine pragmatische Offenheit aufgewogen wird.

Die Ergebnisse zu den Lösungswegen der Familien legen nahe, daß es viele eigene Möglichkeiten gibt, die sich sowohl von „traditionellen“ Reaktionsmustern (volksmedizinische Heiler, Verheiratung, verstärkte Religiosität) als auch von westlichen Reaktionsmustern (Aufsuchen von Spezialisten, Diagnostik, Kausalattribution und Lösung)

unterscheiden. Die im Ergebnisteil differenzierter beschriebenen Strategien lassen sich unter dem Stichwort „Nicht-westliche Bewältigungsstrategien“ zusammenfassen.

Unter „Nicht-westlichen Bewältigungsstrategien“ verstehen wir demnach zusammenfassend: ein Nebeneinander oder Abwechseln verschiedener Lösungswege bei Überwiegen lösungsorientierter Ansätze vor Kausalattributionen und diesen entsprechenden Handlungsstrategien; Familienzentriertheit mit primärem Rekurrieren auf innerfamiliäre Ressourcen, insbesondere Erhöhung von Kohäsion und auch Rigidität bei verstärkter materieller und emotionaler Zuwendung, aber auch Kontrolle. Hilfreich sind dabei eine weltanschauliche Verwurzelung und Netzwerkeinbindung der Eltern, sofern diese nicht zur Erstarrung führen und keine monoethnische Marginalisierung für die Kinder mit sich bringen.

Das oben als „westliches Reaktionsmuster“ bezeichnete Vorgehen eines „Aufsuchens von Spezialisten, Diagnostik, Kausalattribution und Lösung“ beschreibt das klassische Angebot monokulturell orientierter Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, das auch der Arbeit in der untersuchten Institution zugrundeliegt. Das Fernliegen solcher Lösungsmuster mag einen Teil der „Inanspruchnahmebarriere“ erklären. Darüberhinaus lassen sich aus den vorliegenden Ergebnissen weitergehende Perspektiven zur Überwindung der Inanspruchnahmebarriere entwickeln:

Es liegt hinsichtlich der Kenntnisse von institutionellen Angeboten kein reines Informationsdefizit vor. Theoretisch wäre eine höheres Wissen der Eltern bezüglich des Vorhandenseins von Beratungs- und Versorgungsinstitutionen mit zunehmendem Aufenthalt hier, zunehmendem Bildungsgrad, mit besserer psychischer Befindlichkeit, geringerem Mißtrauen und stärkerer Orientierung an den Normen der Aufnahmegesellschaft zu erwarten, dies bestätigte sich in Form von mäßigen Korrelationen. Insgesamt war der Informationsgrad insbesondere hinsichtlich der Spezifität von Angeboten bis hin zur Psychotherapie, außerst gering. Ob sich die Verbreitung ausreichenden Wissen angesichts der, durch die Ausländergesetzgebung geförderten, zunehmenden Heiratsmigration (in 10 % unserer befragten Feldfamilien war eine Schwiegertochter aus der Türkei wohnhaft, die die älter werdende Familienmutter unterstützte) und angesichts der immer noch mangelhaften Bildungspartizipation türkeistämmiger Kinder zukünftig in der Gesamtheit der Minorität „von selbst“ herstellen wird, erscheint fraglich.

Das Manifestwerden einer Störung des Kindes in den Augen der Eltern war offensichtlich in nur wenigen Familien Anlaß, gezielt mehr Information zu erwerben - die Elterneinschätzung des Störungsgrades anhand der CBCL korrelierte schwach negativ mit dem Informationsgrad (stärker als gestört wahrgenommene Kinder hatten besser informierte Eltern). Auch die inanspruchnehmenden Familien der Ambulanz wußten deutlich häufiger über das muttersprachliche Angebot Bescheid, jedoch erreichte der Informationsgrad nur 40 %. Ambulanzfamilien unterschieden sich in ihren übrigen Merkmalen, etwa denjenigen, die mit einem besseren Informationsgrad korrelierten, nicht von der Feldpopulation, d.h. sie stellen auch keine Selektion „von vornherein besser informierter Eltern“ dar. Die klinische Teameinschätzung der Ressourcen der Kinder zeigte andererseits gar eine positive Korrelation dahingehend, daß in Familien mit den als psychisch stabiler eingeschätzten Kindern der Informationsgrad höher war.

Allein diese Ergebnisse bedeuten, daß Institutionen ihre Informationspolitik mehr und gezielter auf die Familien ausrichten müßten, die aufgrund mangelnder elterlicher Ressourcen oder mangelnder Orientierung in der Aufnahmekultur weniger Möglichkeiten haben, eine Inanspruchnahme von institutionellen Hilfen als Handlungsmöglichkeit anzusehen.

Wie die Nachbefragung ergab, war trotz der erwartungsgemäßen Prävalenz und trotz nun vorhandenen 100 %igen Informationsgrades über die Existenz muttersprachlicher Versorgungsangebote eine selbstmotivierte Neu-Inanspruchnahme gar nicht und eine fremdmotivierte in 2 Fällen in der eigenen Institution, zweimal außerhalb erfolgt. Das bedeutet, daß alleine die vorhandene Information in unserer Population wenig am Inanspruchnahmeverhalten zu ändern vermochte. Dies ist auch positiv zu sehen in dem Sinne, daß durch die Intervention des Hausinterviews keine Bedarfsweckung betrieben wurde.

Die Vorschläge der interviewten Familien stimmen mit unseren Erfahrungen in der Zuweisungspraxis und mit den kommunalen Rahmenbedingungen überein: entsprechend der Bedeutung der Netzwerkeinbindung für die Familien ist für die Umsetzung der Wahrnehmung beraterischer und therapeutischer Angebote deren Akzeptanz in der community und eine gute Zusammenarbeit der Institution mit Mediatoren entscheidend. Dieses ist ein zusätzliches Argument für die Einstellung von muttersprachlichen Fachkräften in den Institutionen, die aus therapeutischen Gründen im engeren Sinne auch aus sich heraus sinnvoll ist und nach Gaitanides (1994) eine Brückenfunktion für die Akzeptanz deutscher Berater darstellen kann. Allerdings sollte mit den Tätigkeitsmerkmalen muttersprachlicher Therapeuten dann eine mehr aufsuchende, gemeindeorientierte Arbeitsweise verbunden werden als üblicherweise in den Komm-Strukturen von Beratungsstellen und Ambulanzen vorgesehen.

Die stark gestiegene Inanspruchnahme der Ambulanz durch türkeistämmige Familien während der Projektphase und ebenso deren rasches Ausbleiben nach der den Mediatoren bekannten Beendigung des Projektes sind ein weiterer Beleg für diese These, die Entwicklung entspricht den Erfahrungen in anderen Institutionen. Eine Erhebung dazu wird im praxisorientierten Folgeprojekt durchgeführt (s.u.).

In den Antworten der befragten Familien zur seltenen Inanspruchnahme beraterischer Institutionen durch Landesleute fanden sich zu einem Viertel Antworten des Inhalts, daß Familien aus der Türkei durch Beratung nicht zu erreichen seien - entweder da sie positiv auf eigene Ressourcen vertrauten und jedweder Hilfen von außen durch bessere eigene Strategien entraten könnten, oder da ihnen für die Probleme der Kinder oder die Möglichkeiten von Beratung die Wahrnehmungsfähigkeit fehle.

Würde die erstere Aussage zutreffen - Verzichtenkönnen auf Beratung, da bessere eigene Möglichkeiten zur Verfügung stehen - hätten in der Nachbefragung viele Probleme von Kindern ohne externe Hilfe remittiert sein müssen. Jedoch sind Remissionen von kindlicher Symptomatik in unserer Nachbefragung selten geblieben (5 Familien) - demgegenüber überwogen unveränderte Probleme oder Chronifizierungen in 21 Familien.

Desweiteren konnte die in unseren Eingangshypothesen vertretene Vermutung, nicht-inanspruchnehmende Feldfamilien kämen aufgrund (relativ) besserer eigener Problemlösungsmöglichkeiten nicht in beratende oder behandelnde Institutionen, nicht bestätigt werden (vgl. Fragestellung 4.) Ambulanzfamilien zeigten ebenso wie symptombelastete Feldfamilien am häufigsten eine Merkmalskombination von geringen Ressourcen und hohen Risiken auf beiden familienbezogenen Dimensionen, und auch in der Nachbefrageung ließ sich das Rekurrieren auf Ressourcen nur bei den von vornherein überwiegend erfolgreichen Familien als hinweisend für eine Inanspruchnahme im Problemfall heranziehen.

Die zweite Vermutung der befragten Familien - den Landsleuten fehle die Wahrnehmungsmöglichkeit für Probleme ihrer Kinder - findet in den diskrepanten CBCL-Angaben im Vergleich mit dem klinischen Urteil bei symptomatischen Kindern eine

Bestätigung (vgl.: Beschreibung der Stichprobe anhand der CBCL, hier wurden 60 % der klinisch auffälligen Kinder in den Feldfamilien durch die Eltern als unauffällig eingeschätzt). Statistisch war eine Beziehung von Risiken auf der Ebene der Transaktionen zum Inanspruchnahmeverhalten nur tendenziell herstellbar. Damit ist anhand unserer Ergebnisse eher die Schlußfolgerung zu unterstützen, daß mehr die individuelle psychische Verfassung der Eltern, möglicherweise mit eigener Psychopathologie, in diesen Fällen zu einem „Wahrnehmungsdefizit“ führt als ein Mangel an Regulierungsfunktionen und Handlungsoptionen, der im weitesten Sinne migrationsspezifisch sein könnte.

Die These einer mangelnden Sensibilisierung für Fragen der Erziehung und einer mangelnden Vorbereitung der Eltern auf mögliche Probleme in der Migration jedoch ließ sich aus den Interviews unterstützen: es waren wenig Begrifflichkeiten für Entwicklung, Problemverhalten und Förderung vorhanden und viele Abwehrbewegungen gegenüber den hypothetischen Problemstellungen („Allah bewahre!“). Bei auftretenden Suchtproblemen und Delinquenz der Jugendlichen - die sich im Sozialraum abspielen, wo innerfamiliäre Möglichkeiten nicht mehr zugreifen können, obwohl diese als Antwort auf die hypothetischen Fragen dennoch am häufigsten genannt wurden - zeigte sich eine relativ hohe Ratlosigkeit der Familien. Hier wäre ein hoher Bedarf an präventiver Elternschulung innerhalb der communities anzusiedeln, der uns im Gespräch mit Mediatoren um die Bedeutung der vorläufigen Ergebnisse allseits bestätigt wurde und sich mit den Ergebnissen von Kagitçibasi (1996) deckt, die an Istanbuler Binnenmigranten in die Gecekondus eine große Hilflosigkeit hinsichtlich der Vermittlung von Fähigkeiten zur Bewältigung urbaner Anforderungen an die Kinder feststellte. Nach Kagitçibasi (1996) war die Akzeptanz des darauf ausgerichteten Mütter-Kinder-Programms erstaunlich hoch.

Ein im Vergleich mit den Inanspruchnahmeuntersuchungen von Remschmidt und Walter (1990) nachdenklich stimmendes Ergebnis ist, daß die beschriebenen bestehenden Netzwerke in der community die weniger funktionalen Familien schlechter umfaßten und daß eben die problematischsten Familien von den üblichen Agenturen der Wohlfahrtspflege und auch von eigenethnischen Ressourcen kaum oder nicht erreicht wurden. Somit konnte die Feststellung Remschmidts und Walters (1990), dank der guten Vorarbeit in Kindergärten und Schulen sowie einer guten Erreichbarkeit von Hilfen würden mittlerweile vor allem die auffälligen Kinder der Unterschicht ganz überwiegend einer Diagnostik zugeführt, hier nicht nachvollzogen werden. Die Erreichbarkeit der Hilfen scheint zumindest für die türkeistämmigen Familien weniger gegeben zu sein. Dennoch würden wir auf jeden Fall Poustka (1984) in der Schlußfolgerung bestätigen, daß es der Schaffung von Spezialinstitutionen für die Migrantenpopulation nicht bedarf - wurde doch der praktische Beweis erbracht, daß mithilfe eines muttersprachlichen Angebotes - in der Diskussion zu den institutionsbezogenen Kapiteln bereits in seinen Vor- und Nachteilen differenziert diskutiert - Therapie ebenso angenommen und beendet wird wie bei einheimischen Familien, und daß ein etwaiges Vorziehen traditioneller oder gar kulturtypischer Problemlösestrategien nicht belegbar war.

Zur inhaltlichen Ausgestaltung der institutionellen Angebote läßt sich eine eindeutige Aussage treffen. Bei der Vielgestaltigkeit familiärer Lebensformen ist je nach Familientypus eine muttersprachliche Beratung, eine Co-Beratung oder ein einheimischer Therapeut am besten geeignet, ein Arbeitsbündnis mit der Familie herzustellen. Institutionen mit umfassendem Versorgungsauftrag sollten eben diese differenzierten Möglichkeiten vorhalten können.

8.1 Abschließende Würdigung der Implikationen der Ergebnisse

Die theoretische Relevanz der Forschungsergebnisse dieser Studie sei an dieser Stelle kurz entwickelt.

Die psychologisch-psychiatrischen Risikotheorien hinsichtlich spezifischer Risiken von Migration für die seelische Gesundheit von Jugendlichen bedürfen einer fundamentalen Revision.

Spezifische Einflüsse der Migration auf die psychische Gesundheit im Sinne der Migrations-Streß-Theorie lassen sich lediglich für das subjektive Beeinträchtigungserleben durch Ausländerfeindlichkeit und für einen marginalisierten Status der Familie konstatieren, die mit dem Faktum „Migration“ mittelbar zusammenhängen. Darüberhinaus ist die Migrations-Streß-Theorie mit dem ihr innewohnenden Determinismus für Jugendliche in Migrantenfamilien nicht haltbar - die psychiatrische Gefährdung ist generell nicht höher anzusetzen als bei einheimischen Jugendlichen in gleicher sozialer Lage.

Ein innerfamiliärer „Kulturkonflikt“, hier vor allem im Sinne der Hypothese von den Generationenkonflikt fördernden Kulturdifferenzen innerhalb der Familien zwischen Eltern und Kindern, ließ sich allenfalls in extremen pathologischen Zuspitzungen rigide verstrickter Familien oder rigide losgelöster Familien gemäß der CRS konstatieren. Die Haltung, Jugendliche müßten sich „zwischen zwei Kulturen“ entscheiden, entspringt westlich-dichotomer Denkweise und ließ sich aus dem Interviewmaterial des überwiegenden Teils der untersuchten Kinder nicht nachvollziehen (vgl. Schepker 1998 a). In den funktionalen Familien war es gut möglich, daß unterschiedliche Haltungen von Eltern und Kindern hinsichtlich kultureller Orientierungen koexistierten. Das Kulturkonflikt-Paradigma ist daher nach unseren Ergebnissen untauglich, impliziert es doch Starre und Ausschließlichkeit verschiedener, als kulturtypisch ausgewiesener Sichtweisen oder Normsysteme.

Ein Modernitäts-Paradigma, d.h. die Annahme einer unausweichliche Konfliktspannung durch ein innerfamiliäres Aufeinandertreffen von feudalen und urbanen Strukturen, fand sich als oft handlungsleitend im Beratungskontext und ließ sich bei einem Teil der befragten autochthonen Therapeuten aus den Interviews und aus den Arztberichten gut rekonstruieren. Die grundlegende Kritik, daß das Modernitäts-Paradigma gekoppelt sei mit der Idee einer Konvergenz aller Entwicklung hin zu einem typischen westlichen Muster, mithin eine Rückständigkeit anderer als westlicher Kulturen transportiere (vgl. Kagitçibasi 1996) muß geteilt werden. Demgegenüber belegt die im Rahmen unserer Studie erarbeitete Typologie und die geschilderten nichtwestlichen Bewältigungsstrategien, die ebenso funktional wie typisch westliche Formen und Strategien sind, die Existenz mögliche eigener Strategien in der Migration: die Diversität von familiären Lebensformen und Entscheidungsprozessen kann gegen stereotype Vorannahmen der Dominanzkultur gesetzt werden. – Kulturelle Pluralisierung in den Alltagsvollzügen autochthoner Therapeuten ist darüberhinaus geeignet, exemplarisch andere Dominanz-Themen in der Gesellschaft in Auswirkung auf die therapeutischen Beziehungen bewußt zu machen (etwas das Problem des Mittelschichtbias oder der Geschlechterdominanz. Grundlegende Überlegungen zum Therapeuten-Bias gegenüber Patienten anderer Kulturzugehörigkeit in Anlehnung an einen Geschlechter-Bias finden sich bei Fisek und Schepker (1997).

Innerhalb der psychiatrischen Risiko- und Ätiologie-Theorien stützen unsere Ergebnisse nachhaltig einen lebensweltorientierten Ansatz. Neben den bekannten familiendynamischen Risiken und psychischen Risiken der Eltern, die statistisch die stärkste Diskriminanzwirkung zeigten, erwiesen sich inhaltsanalytische Kriterien wie der öko-

nomische Erfolg mit Erreichen des Migrationsziels, die faktischen Ressourcen und soziale Eingebundenheit, die subjektive Zufriedenheit der Familien und existierende Netzwerke als bedeutsam hinsichtlich des Vorhandenseins von Auffälligkeiten bei Kindern. Obgleich Risiken die Ressourcen an Prädikatorstärke überwogen, werden therapeutische Interventionen auf jeden Fall neben einer Abmilderung von Risiken auf eine Ressourcenstärkung im sozialen Bereich zielen müssen.

Innerhalb der theoretischen Psychologie ist der integrative Standpunkt von Kagitçibasi (1986) zu stützen, die für eine Komplementarität der früher als gegensätzlich gesehenen Vorgehensweisen vergleichender/dekontextualisierter vs. ganzheitlich/situativer, universalistischer vs. „Eingeborenen"-Psychologie als Reminiszenzen der emic/etic – Debatte eintritt. Unser Zugang hat ähnliches verfolgt: einen kontextspezifischen Zugang unter expliziter Einbeziehung so vieler Kontextvariablen wie möglich in der Feldpopulation, aber auch das Heranziehen „universalistisch" konstruierter Instrumentarien wie den Boszormenyi-Nagy-Dimensionen, der CRS oder der CBCL. Über den Vergleich mit Befunden anderer Forschergruppen war es möglich, über eine deskriptive Ebene hinaus Gemeinsamkeiten und Unterschiede festzustellen. Im Rahmen der bisherigen Untersuchungen unserer Studie muß noch (s.u.) z.T. offen bleiben, ob gefundene Unterschiede zu westlichen Befunden oder solchen in der Türkei nun als Kulturspezifika gelten können oder ob sie lediglich Migrationseffekte abbilden.

Die existierende Familientheorie bedarf einiger spezifischer Ergänzungen.

Die von uns ergänzte Biographie-Dimension war auf dem Hintergrund der Existenz unfreiwilliger Migrationen durch Flucht, Verfolgung oder Mißhandlung dem Modell der Dimensionen nach Boszormenyi-Nagy hinzugefügt worden. Hinsichtlich einer Symptombelastung der Kinder oder Auswirkungen auf die Familiendynamik war v.a. hinsichtlich der Eltern-Biographie kaum einen nennenswerten Einfluß zu erkennen. Dies widerspricht u.a. deterministischen Theorien „transgenerationaler Traumatisierung" - entweder, weil sich in unserer Population nur mäßig viele extremtraumatisierte Eltern befanden und für meßbare Effekte ein „Schwellenwert" von Trauma-Exposition vorauszusetzen wäre, oder, weil in ereignisreichen Migrationsschicksalen und damit verbundener Diversität und neuen Chancen andere Einflüsse stärker zum Zuge kommen können.

Das Modell der Dimensionen nach Boszormenyi-Nagy hat sich damit in seiner ursprünglichen Form in der empirischen Anwendung bewährt, ohne daß es einer biographischen Zusatzdimension bedürfte.

Desweiteren sind wir im Zuge der Auswertungen der CRS in unserer Studie den theoretischen Schritt gegangen, eine im Vergleich zu den westlichen Normen erhöhte Familienkohäsion und erhöhte Rigidität als „migrationsadäquat" zu bezeichnen. Dazu existierende Befunde aus der Türkei (s.o.) ließen sich hier reproduzieren. Auch war keine Entwicklung hin zu westlichen Normen festzustellen - in Familien mit Müttern der 2. Generation waren lediglich weniger familienstrukturelle Extremtypen und „migrationsinadäquate" Strukturen im Sinne von Loslösung und chaotischer Struktur festzustellen. Damit bestätigt hat sich eine „Kultur der Bezogenheit" in türkeistämmigen Familien, die eine kollektivistische Orientierung neben westlich-individualistische Haltungen in der Familie stellt und die unter Migrationsbedingungen positiv erhalten bleibt. Theoretisch zu wenig in der Familientheorie repräsentiert ist das gleichzeitige Vorhandensein und Nutzen von „Entwicklungsnischen" in den familiären Subsystemen für Adoleszente, (vgl. Kapitel „Forschungsstand") das nicht mit „Doppelbödigkeit" bewertet werden darf.

Hinsichtlich der erfaßten Problembewältigungsstrategien wird zukünftig dem hier konstatierten Vorherrschen lösungsorientierter Ansätze vor kausalanalytischem Denken eine Bedeutung zukommen. Für pädagogische Ansätze im didaktischen und Bildungsbereich wirft dieser Befund einen vielfachen Innovationsbedarf hinsichtlich motivationaler Zugänge und adäquater Fragestellungen auf. Die hier erhaltenen Hinweise bedürfen zwar einer Überprüfung hinsichtlich ihrer Generalisierbarkeit. Zukünftig zu entwickelnde Ansätze zur Elternschulung innerhalb unseres Kontextes (a.u.) werden diese Erkenntnis jedoch berücksichtigen.

Die Adoleszenztheorie benötigt eine Abkehr vom Prinzip der „adoleszenten Loslösung“ und der „Identitätsdiffusion“ bei Jugendlichen in Migrantenfamilien.

Loslösung von der Herkunftsfamilie ist, auch wenn dies noch in neueren Veröffentlichungen zu Jugendlichen in Migrantenfamilien (z.B. Silbereisen et al 1993) so dargestellt wird, kein adoleszentes Entwicklungsziel in Migrantenfamilien. Die theoretische Bedeutung ist z.B. für die Begrifflichkeiten zur Abgrenzung von Jugendlichen und Heranwachsenden im Bereich der Jugendforensik enorm (vgl. Toker 1997).

Ein wesentliches Ergebnis unserer Studien hinsichtlich der Identitätsentwicklung in der Adoleszenz ist die Vielfalt möglicher Identitätsformen und deren Unterschiedlichkeit in den verschiedenen Lebensräumen innerhalb und außerhalb der Familie, wobei das Wechseln zwischen ihnen nicht notwendig von „Identitätsdiffusion“ nach Erikson (1979, 1980) bedroht ist. Eine tentative Typologie jugendlicher Identitätsformen mit theoretischen Implikationen, die den Beginn weitergehender Arbeiten anhand des Projektmaterials in dieser Richtung darstellt, wurde bereits andernorts veröffentlicht (Schepker 1998 a). Unsere bisherigen Ergebnisse unterstützen den Hinweis von Karakasoglu-Aydin (1997), daß sich Jugendlichen in der Migration einige Entwicklungsaufgaben früher und anders (z.B. Außenvertretung der Familie gegenüber der Majoritätsethnie und Vermitteln zwischen verschiedenen kommunikativen Codes), andere sich später und wiederum anders stellen (z.B. Heirat unter Erhalt der Primärfamilie). Die theoretische Revision einer bisher weithin angenommenen systematische Abfolge von Entwicklungsschritten und vor allem deren Ungleichzeitigkeit im Rahmen nicht-pathologischer Entwicklungsverläufe steht im Rahmen der Adoleszenztheorie noch aus.

Die Auswirkungen der Projektergebnisse auf die Praxis im institutionellen und informellen Bereich sind vielfältig.

Eine unmittelbare Umsetzung der Erkenntnis, daß durch muttersprachliche Angebote Inanspruchnahmebarrieren abgebaut werden können und dann kaum noch relevante Unterschiede in Symptompräsentation und Therapieverlauf mehr nachzuvollziehen sind, würde zunächst in einer breiten Qualifikation und Beschäftigung muttersprachlicher Mitarbeiter im therapeutischen und Beratungs-Bereich bestehen. Leider zeichnet sich im Zuge von Ressourcenkürzungen im Gesundheitswesen ähnlich wie bei den FABER-Projekten aus dem Schulbereich ab, daß Regelinstitutionen wenig dazu neigen, solche als „zusätzliche Angebote“ verstandenen Möglichkeiten in die „Pflichtaufgaben“ zu integrieren. Auch in der eigenen, die Forschung und den Praxisteil tragenden Institution war die weitere Beschäftigung einer muttersprachlichen Fachkraft erst mit Aufnahme des Folgeprojektes (s.u.) möglich. Hieran vermochte selbst eine offizielle gesundheitspolitische Anerkennung des Versorgungsanteils durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, das den Praxis-Projektteil zweimal als Teilprojekt des Verbundes „Gesunde Region Europa“ auszeichnete, nichts zu ändern.

Sollten Institutionen den ersten Schritt in Richtung auf muttersprachliche Fachkräfte gehen, müßte als nächster Schritt in einer intensivierten Zusammenarbeit mit den sozialarbeiterisch-sozialpädagogischen kommunalen Institutionen und denen der Gesundheitsfürsorge eine Intensivierung der präventiven Arbeit, und zwar in aktiv aufsuchender oder niedrigschwelliger Form, erreicht werden. Diese wäre entsprechend der Erkenntnisse zur mangelhaften Wahrnehmung von Vorsorgemaßnahmen und Impfungen durch türkeistämmige Familien, wie im Eingangskapitel ausgeführt, breiter anzulegen und hätte hohe Vorteile im Rahmen einer allgemeinen Verbesserung des gesundheitsfördernden Verhaltens.

Die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit mit Institutionen für soziale Hilfen ergibt sich auch aus den Erkenntnissen für die Bedeutung der faktischen Risiken, vor allem Beschäftigungslosigkeit der Väter, für die psychische Gesundheit der Kinder. Hier muß jeder Versuch, familiäre Probleme mit Psychotherapie lösen zu wollen, ohne gleichzeitige Sozialarbeit schnell an Grenzen stoßen, und die soziale Anamnese ist wiederum von hoher Bedeutung für die Therapieplanung. Diesbezüglich ist nach den Ergebnissen unserer Expertenbefragung und der Arztbriefanalyse die Aufmerksamkeit der Therapeuten stark verbesserungswürdig. Oft wird es sich empfehlen, zunächst die faktischen Ressourcen der Familienmitglieder zu fokussieren und die Verminderung der kindlichen faktischen Risiken und im Sinne eines ganzheitlichen Vorgehens gleichzeitig schon die Auswirkungen in der Dimension der familiären Beziehungen (Beziehungsethik) im Auge zu haben. Daher muß folgerichtig aus Sicht der Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Abbau von Sozialberaterstellen und die Verdünnung von Stellen für qualifizierte, migrantenspezifische Angebote[85] im Sinne einer Beeinträchtigung der eigenen Erfolgsmöglichkeiten kommentiert werden. Des weiteren waren entgegen der Vorannahmen in unserer Ambulanzstichprobe sozialberaterische Institutionen relativ selten vorher in Anspruch genommen worden, d.h. Familien durchliefen nicht systematisch Organisationen bis hin zu einem höheren Spezialisierungsgrad und hatten nicht bestehende soziale Probleme vorher einer möglichen Lösung zugeführt.

Im Sinne dieser notwendigen überinstitutionellen Vernetzung können gleichzeitig neben muttersprachlichen Fachkräften die produktiven Möglichkeiten von Co-Beratung (s.o.) institutionell genutzt werden. Hier sind überinstitutionelle Versorgungs- und Kooperationsmodelle noch zu entwickeln und bieten sich im Sinne einer ökonomischen Ressourcennutzung im Gesundheitswesen geradezu an. Voraussetzung ist, wie in unserer Expertenbefragung und Arztbriefanalyse nachvollziehbar, ein wachsendes Problembewußtsein der Mitarbeiter von Institutionen um die Gefahr normativer Interventionen, eine Abnahme der Haltung, das Scheitern einer Therapie den inanspruchnehmenden Familien zuzuschreiben und eine Kultur der interkulturellen Offenheit und Neugier, wie sie der ursprünglichen psychotherapeutischen Grundhaltung entspricht (*Zit)* Um solches über die untersuchte Institution hinaus zu tragen, werden Fortbildungen durch multikulturell erfahrene Berater und Aufnahme entsprechender Inhalte in Ausbildungspläne und Lehrwerke über eine Rezeption der DSM-IV-Standards hinaus verstärkt erfolgen müssen.

Differenzierte Empfehlungen können anhand der Ergebnisse in Hinsicht auf das praktische therapeutische Vorgehen gemacht werden. Da die hier befragten Familien Ursachen und Bewältigungsmöglichkeiten psychischer Störungen bei Kindern am ehesten in der Familie verortet sehen und überdies die Familienkohäsion nach unseren Ergebnissen sehr hoch ist, dürfte die größte Aufgeschlossenheit für ein familientherapeutisches Vorgehen bestehen. Desweiteren ergibt sich die familientherapeutische

[85] Diskutiert für die Behindertenberatung in Düsseldorf, die psychologische Beratung in Dortmund etc.

Orientierung logisch aus den hohen Interdependenzen, die zwischen den Ratings zur Familiendynamik und der Pathologie der Eltern mit den psychischen Risiken der Kinder bestanden. Wiederum kam den Ressourcen im Bereich der familiären Interaktion nachweislich eine Wirkung gegen die individuellen Risken von Eltern und Kinder zu. Letzteres begründet inhaltlich ein ressourcenorientiertes Vorgehen - verstärkt dadurch, daß sich Ressourcen in allen Familien, ob mit auffälligen und mit nicht auffälligen Kindern, wenn auch unterschiedlich ausgeprägt fanden und daß die Ressourcen untereinander hoch interdependent waren.

Das therapietechnische Vorgehen sollte sich je Familie am vorherrschenden Familientypus ausrichten, z.B. hinsichtlich der Wahl des Settings[86], oder auch hinsichtlich der Wahl des Fokus: mit Wahrscheinlichkeit wird nach der Analyse der historischen (Migrationsgeschichte) und der aktuellen Bedingungen (Facts) zunächst ein gemeinsames Therapieziel formuliert, das sich aus Sicht des Therapeuten an den typologisch - exemplarischen Wegen guten Funktionierens orientiert. Die Typologie erleichtert wiederum die Ressourcenorientierung des Therapeuten, da Transaktionen und Regulationsformen je nach Familientyp ganz anders aussehen können und da die erarbeitete Typologie die Gefahr verkleinert, daß stereotype Bilder ansonsten unterschwellig handlungsleitend werden (etwa eine fälschliche Gleichsetzung von monokulturellem Habitus und Fundamentalismus).

Im ersten Schritt werden eher (s.o.) Aktualkonflikte Aufmerksamkeit benötigen. Zur Klärung der Konfliktlage ist es wesentlich, die Haltung der gesamten Familie dazu zu erfahren[87] und die Zielformulierung auf die Interessen aller Familienmitglieder hin - im Sinne von Beziehungsethik - zu überprüfen[88].

Technisch ist entsprechend zutreffender Hinweise aus den Experteninterviews zu beachten, daß sprachliche und körperliche Symbolik neben ihrer Unmittelbarkeit vielen Familien- wie es auch anhand des guten Verständnisses für psychosomatische Störungen im Rahmen der Antworten zu hypothetischen Problemstellungen erkennbar war - besonders gut zugänglich ist. Das bedeutet, daß es fruchtbar ist, sich präverbaler Kommunikation und einer Metaphorik zu bedienen. Die wird dem kognitiven Stil der oft dörflichen Herkunftsregionen der Eltern eher gerecht und entspricht der besserem Ausprägung von Gestaltwahrnehmung in vorindustriellen Gesellschaften (vgl. Berry 1977).

Nie aus dem Auge zu verlieren und ggfs. authentisch zu thematisieren ist die soziale Distanz zwischen dem Therapeuten als Angehörigem der erfolgreichen sozialen Schicht innerhalb der Majoritätsethnie - dies trifft auch für muttersprachliche Therapeuten zu ! - die jenseits von Höflichkeitsregeln das Nachdenken über die eigene gesellschaftliche und institutionelle Verortung zwingend erfordert, um nicht in Übertragungsfallen zu geraten (vgl. Bianchi-Schäfer 1996, Erdheim 1996, Quindeau 1996, v. Schlippe et al. 1997). Angesichts der auch je individuell spürbaren, im Rahmen dieses Projekts nicht weiter vertieften, Schwierigkeiten im Spannungsfeld von institutionellen Zwängen, Ausländergesetzgebung und Majoritätsethnie ist die zwischenzeit-

[86] d.h. nach Beginn mit prinzipiell beiden Eltern und den Kindern gemeinsam - etwa in einer monokulturell erstarrten Familie: getrenntes Arbeiten mit dem Eltern- und mit dem Geschwister-Subsystem unter dem Ziel, die Familie zu einer monokulturell selbstbewußten zu entwickeln, die den Kindern eine bikulturelle Identitätsfindung erlaubt; - oder in einer coabhängigen Familie: Arbeiten mit dem Mutter-Töchter- und Vater-Sohn-Subsystem zur Stärkung des väterlich-kontrollierenden Einflusses bei Abhängigkeitsproblemen

[87] im Sinne der Rollenteilung und Kohäsion - vgl. auch Charakteristika der dysfunktionalen Familien – ist immer auch auch die Haltung des Vaters wesentlich; bei nicht präsenten Vätern kann diese nötigenfalls durch familientherapeutische Techniken konstruiert und eingeführt werden

[88] d.h. z.B. nicht: Individuation und Ablösung als primäres Therapieziel bei Jugendlichen, sondern Schaffung von Entwicklungsräumen durch Subsysteme)

lich erfolgte Selbstorganisation der muttersprachlichen Therapeuten im Lande (Toker 1997) eine notwendige Entwicklung gewesen, und die Erfordernis einer diesbezüglich erfolgten ethnoanalytischen Supervision unseres Forschungsteams zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der qualitativen Forschung ergibt sich aus dem gleichen Kontext.

Die Ergebnisse weisen über einigen qualitativen[89] und theoretischen (s.o.) Nachbesserungsbedarf hinaus bereits auf weitere Forschungsfragestellungen hin.

Zwei Fragestellungen wurden im Projektzeitraum bereits entwickelt, konnten jedoch nicht zum Abschluß gebracht werden:

A) eine Paralleluntersuchung an einer kulturell deutlich unterschiedenen Migrantengruppe von ähnlichem sozioökonomischem Hintergrund. Die Arbeiten dazu wurden im Rahmen einer jugendpsychiatrischen Dissertation (E. Komninou, Universität GH Essen) aufgenommen und sind noch nicht abgeschlossen.

B) eine parallele Befragung zum Kenntnissstand und zu hypothetischen Problemlösungen bei Verhaltensauffälligkeiten Jugendlicher an einer Gruppe von Binnenmigranten vom Land zu städtischen Außenbezirken innerhalb der Türkei. Die Arbeiten dazu sind in Kooperation mit der Psychologischen Fakultät B der Bogazici-Universität Istanbul (Frau Prof.Dr.G.O.Fisek) abgeschlossen und werden in einer ersten Auswertung auf dem Deutsch-Türkischen Psychiatrie-Kongreß in Berlin (September 1998) vorgestellt werden.

Von diesen Untersuchungen erhoffen wir uns weitere Aufschlüsse über die Differenzierung von kulturspezischen Effekten / Migrationseffekten / Minoritätenstatus v.s unterer Sozialschichtstatus bei den Befragten.

Darüberhinaus drängen sich multiple weitere Fragestellungen auf. So wäre es im Sinne der gefundenen Differenzierung der Familientypologien von hohem ethnographischem Interesse, den zukünftigen Entwicklungen der „gelin“ (per Heiratsmigration neu zugezogener Ehefrauen in den Haushalten der jugendlichen Ehemänner) nachzugehen, ebenso wie die Untersuchung einer größeren Anzahl von Mutter-Kind Beziehungen mit Müttern der 2. Generation reizvoll wäre.

Im entwicklungspsychologischen Bereich wäre u.a. die Unterschiedlichkeit kindlicher und adoleszenter Entwicklungsaufgaben und der zeitlichen und inhaltlichen Absolvierung von Entwicklungsschritten im Rahmen der verschiedenen Familientypen zu untersuchen.

Im medizinisch-somatischen Bereich eröffnen sich vielfältige neue Fragestellungen, so etwa zur Differenziertheit funktionaler Körperrepräsentanzen vs. ganzheitlichen Verständnisses in türkeistämmigen u.a. Migranten Familien bei somatischen Erkrankungen von Kindern und eventuellen Auswirkungen auf das Behandlungsbündnis. Eine entsprechende Untersuchung wird derzeit mit Unterstützung der Deutschen Kinderkrebshilfe in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität/GH Essen von der Projektmitarbeiterin Dr. Eberding durchgeführt.

Nach den wichtigen Erkenntnissen unserer Studie zur Grundlagenforschung, die frühere wissenschaftliche Überzeugungen im Sinne des Defizittheorems widerlegen konnten, entstehen nicht zuletzt im jugendpsychiatrischen / therapeutischen Bereich

[89] z.B. hinsichtlich der Alleinerziehenden als Familienform in der Migration, die sich hier im Gegensatz zur psychiatrischen Risikoforschung nicht eindeutig als „risikoreich“ darstellten, Vorarbeiten durch Feyza Corapci sind bereits erfolgt

Desiderata hinsichtlich weiterer anwendungsorientierter Forschung, die dann nicht mehr Gefahr läuft, implizite Diskriminierungen zu transportieren.

Es mangelt beispielsweise an strukturierten Leitfäden zur Erhebung der Migrationsgeschichte, an Meß- und Ratinginstrumenten für den Verlauf normaler psychomotorischer und psychosozialer Entwicklung von Kindern in Migrantenfamilien, an ausgearbeiteten Kozepten für Elternschulungen, an einem inhaltlich ausgestalteten Deutsch-Türkischen Wörterbuch erzieherischer und psychiatrischer Begrifflichkeiten für psychosoziale Berufe; an einem Glossar kulturgebundener Syndrome für die hier ansässigen Ethnien, an Patienten- und Elternratgebern in türkischer Sprache für spezielle Störungsbilder usw.

Es ist mittlerweile gelungen, das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW für die Förderung eines praxisnahen Anschlußprojektes zu gewinnen, das diese Ausarbeitungen leisten soll (Antragsteller: Univ.Prof.Dr. Eggers, Priv.Doz.Dr.Schepker; Projektmitarbeiterin: Dr.med (TR) Inci Dana). Die praxisnahe Konstruktion (Forschungsförderung und muttersprachliche Therapie innerhalb der Institution universitärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie im Verbund mit je ½ Stellenanteil) wurde im Projekt fortgeschrieben. Dieses Projekt wird in Vernetzung mit anderen Projekten im Lande arbeiten, die sich ihrerseits mehr mit dem allgemeinen Aspekt der Gesundheitsförderung beschäftigen.

9 LITERATUR

Achenbach, Thomas[90] M., Edelbrock, C. S.: Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Burlington/VT 1983

Adam, Hubertus: Psychisches Erleben von Flüchtlingskindern. Ein kinderpsychiatrischer Beitrag. In: Kiesel, Doron, Kriechhammer-Yagmur, Sabine, Von Lüpke, Hans (Hrsg.): Kränkung und Krankheit. Psychische und Psychosomatische Folgen der Migration. Haag und Herchen,Frankfurt 1994, S.81-94

Akçakin, M., Savasir, I.: Çocuklar ve Anababalarinin psikiyatrik belirtiler yönünden incelenmesi.(Psychiatric symptoms in children and their parents.) Unpublished Dissertation, University of Hacettepe, Ankara 1983

Akgün, Lale: Strukturelle Familientherapie bei türkischen Familien. Familiendynamik 16, 24-36, 1991

Andolfi, Maurizio: Familientherapie. Das sytemische Modell und seine Anwendung. Lambertus, Freiburg i. B. 1982

Antonovsky, Aron: Unraveling the mystery of health. How poeple manage stress and stay well. Jossey Bass, San Franzisco / London 1987

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von P. Melchers & M. Döpfner. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.

Atabay, Ilhami: Die Identitätsentwicklung türkischer Migrantenjugendlicher in Deutschland. In: Koch, Eckhardt; Özek, Metin; Pfeiffer, Wolfgang M. (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration - deutsch-türkische Perspektiven. Lambertus-Verlag, Freiburg, 160-168, 1995

Auernheimer, Georg: Der sogenannte Kultukonflikt. Orientierungsprobleme ausländischer Jugendlicher. Campus, Frankfurt-New York 1988

Auernheimer, Georg: Einführung in die interkulturelle Erziehung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1990

Balint, Michael: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett, Stuttgart 1965

Baran, Karla, Kalaclar, Reyhan: Kulturorientierung in der psychosozialen Beratung von türkischen Migrantinnen. In: Nestmann, Frank, Niepel, Thomas: Beratung von Migranten. Neue Wege in der psychosozialen Versorgung. VWB, Berlin 1993, S.62-71

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer: Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Universitäts-Buchdruckerei Bonn, Dezember 1995

Bellak, L.: Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals: a systematic study of conceptional, diagnostic and therapeutic aspects. Wiley, New York 1973

Benkert, H.; Floru, Lucian; Freistein, H.: Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern, die zur stationären Behandlung in die Psychiatrische Klinik eingewiesen wurden. Nervenarzt 45, 76-87, 1974

[90] Sofern bekannt und in den Veröffentlichungen ausgedruckt, wurden die Vornamen ausgeschrieben

Berry, J.W.: Nomadic style and cognitive style. In: Mc Gurk, Harry (ed): Ecological factors in human development. North-Holland, Amsterdam-New York-Oxford 1977, S.229-245

Berry, J.W., Portiinga, Y.H., Seagall, M.H., Dasen, P.: Cross-cultural psychology: Research and applications. Cambridge University Press, Cambridge (GB) 1992

Bianchi-Schäfer, Mariagrazia: Ausländische Therapeutinnen - Fremdenhaß und die Auseinandersetzung mit der eigenen Nationalität. In: Kiesel, Doron, Kriechhammer-Yagmur, Sabine, Von Lüpke, Hans (Hrsg.): Gestörte Übertragung. Ethno-kulturelle Dimensionen im psychotherapeutischen Prozeß. Haag und Herchen, Frankfurt 1996, S.97-108

Bird, H. R.: Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. J. Child Psychol. Psychiat. 37, pp. 35-49, 1996.

Blanz, Bernd; Schmidt, Martin H.; Esser, Günter: Familial adversities and Child Psychiatric Disorders Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 32, 939-950, 1991

Blos, Peter: Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation. 2. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart 1978

Boos-Nünning, Ursula: Türkische Familien in Deutschland. Auswirkungen der Wanderung auf Famiienstruktur und Erziehung. In: Luchtenberg, Sigrid; Nieke, Wolfgang (Hrsg.): Interkulturelle Pädagogik und eurpäische Dimension. Waxmann Münster 1994, S. 5-24.

Boos-Nünning, Ursula: Interkulturelle Erziehung als Hilfe zur Überwindung von Angst. in: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Das Ende der Gemütlichkeit, Schriftenreihe 316/1993, S. 81-176

Boroffka, A.: Psychiatrische Aufgaben. In: Jaeger, A.O. (Hrsg.): Probleme des Gesundheitsdienstes in Entwicklungsländern. Enke, Stuttgart, 1963

Boss, Medard: Indienfahrt eines Psychiaters. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1976/1987 (4. Aufl.)

Boszormenyi-Nagy, Ivan; Krasner, Barbara R.: Between Give and Take. Brunner u.Mazel, New York 1986

Boszormenyi-Nagy, Ivan; Spark, Geraldine M.: Unsichtbare Bindungen. Klett-Cotta, Stuttgart 1981

Brucks, Ursula: Psychosoziale und gesundheitliche Probleme der Migration. In:Cropley, A., Ruddat, H., Dehn, D., Lucassen, S. (Hrsg.): Probleme der Zuwanderung. Band 1: Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen - Stuttgart 1994, S.53-71

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg:): Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Projekt 1994-1996. Schriftenreihe des BMfG Band 74, Nomos, Baden-Baden 1996

Cevik, A.; Ceyhun, B.: Gelisen Türkiye´de babalar ve aile icinde dgisen rolleri: Psikodinaik bir degerlendirme. (Die Änderung der Rolle des Vaters in der Familie in der sich entwickelnden Türkei: Eine psychodynamische Bewertung.) Psikiyatri Bülteni, 2 (3), 121-126, (o.J.)

Coddington, R. D.: The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children: A survey of professional workers. J. psychosom.Research 16, 205, 1972

Cohen, Richard L.: Future Trends in Child and Adolescent Psychiatry. In: Wiener, J.M. (Hrsg): Textbook of child and adolescent psychiatry. American Psychiatric Press, Washington 1991, S. 16-24

Coleman, J. C.: Eine neue Theorie der Adoleszenz. In: Olbrich, E., Todt, E. (Hrsg.): Probleme des Jugendalters - Neuere Sichtweisen. Springer, Berlin - Heidelberg - New York 1984, S.49-67

Cuffe, Steven P., Waller, Jennifer L., Cuccaro, Michael L., Pumariega, Andres J., Garrison, Carol Z.: Race and gender differences in the treatment of psychiatric disorders in young adolescents. Journal of the American Acedemy of Child and Adolescent Psychiatry 34, 1536-1543, 1995

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Denkschrift zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Selbstverlag, Marburg 1990

Dewran, Hasan: Belastungen und Bewältigungsstrategien bei Jugendlichen aus der Türkei. Eine theoretische und empirische Studie. Profil, München 1989

Dietzel-Papakyriakou, Maria: Zur Lebenssituation der Migranten. Vortrag auf der Fachtagung: Psychotherapie mit Migranten. Essen, 21.-22.2.1997

Dittmann, Rainer W., Kröning-Hammer, Angela: Interkulturelle Konflikte bei 10-18jährigen Mädchen türkischer Herkunft. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35, 170-177, 1986

Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W.: Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, 1994

DSM IV: Diagnostisches und statistisches Manual psychiatrischer Störungen. Beltz, Weinheim, 1995

Eberding, Angela: Kommunikationsbarrieren bie der Erziehungsberatung von Migrantenfamilien aus der Türkei. Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung. Verlag für Interkulturelle Komminikation, Frankfurt 1994

Eberding, Angela; Schepker, Renate: Hindernisse in der psychosozialen Beratung von Migrantenfamilien aus der Türkei. 25 Experteninterviews mit Kinderärzten, Erziehungsberatern und Kinder- und Jugendpsychiatern im Vergleich. Interkulturell Heft 1/2, 1992, S.97-111

Eckensberger, Lutz: Moralische Urteile als handlungsleitende soziale Regelsysteme im Spiegel der kulturvergleichenden Forschung. In: Thomas, Alexander (Hrsg.): Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung. Hogrefe, Göttingen-Bern 1993, S. 259-295

Eggers,Christian; Lempp,Reinhart; Nissen, Gerhard; Strunk, Peter: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 8. überarb. Auflage. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1996

Engstrom, I.: Family interaction and locus of control in children and adolescents with inflammatory bowel disease. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 30, 913-920, 1991

Erdheim, Mario: Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit. Suhrkamp, Frankfurt 1984, S. 271-368

Erdheim, Mario: Das Eigene und das Fremde. Psyche 8, 730-744, 1992

Erdheim, Mario: Das Fremde - Totem und Tabu in der Psychoanalyse. In: Streeck, Ulrich (Hrsg.): Das Fremde in der Psychoanalyse. J. Pfeiffer, München 1993 b, S. 167-183

Erdheim, Mario: Psychoanalyse, Adoleszenz und Nachträglichkeit. Psyche 47, 934-950, 1993 a

Erdheim, Mario: Gibt es ein Ende der Adoleszenz? Betrachtungen aus ethnopsychoanalytischer Sicht. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44, 81-85, 1995

Erdheim, Mario: Angst und Faszination als Antwort auf das uns Fremde. In: Kiesel, Doron, Kriechhammer-Yagmur, Sabine, Von Lüpke, Hans (Hrsg.): Gestörte Übertragung. Ethno-kulturelle Dimensionen im psychotherapeutischen Prozeß. Haag und Herchen, Frankfurt 1996, S.13-28

Ergüder, Ü, Kalaycioglu, E., Esmer, Y.: The values of Turkish society., Tüsiad Publications, Istanbul 1991.

Erikson, Erik H.: Jugend und Krise: Psychodynamik im sozialen Wandel. 3. Auflage. Klett-Cotta, Stuttgart 1980

Erikson, Erik H.: Kindheit und Gesellschaft. 7. Auflage. Klett-Cotta, Stuttgart 1979

Erol, Nese, Arslan, L.B. , Akcakin, M.: The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year-old Turkish children. Ankara (o.J.)

Erol, N., Arslan,L.B., Akçak¹n, M.: The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year-old Turkish children. (Veröff. in Vorbereitung)

Erol, N., Yalin, A., Öztürk, M.: Behavioral problems of normal children: A normative study. Journal of Ankara Medical School, 10, 1-12, 1988

Erziehungsberatungsstelle der Stadt Köln (Hrsg.): Abschlußbericht zum Modellversuch „Erziehungsberatung für türkische Kinder mit Verhaltensstörungen. Eigendruck, Köln 1981

Eskin, Mehmet: Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: a cross-cultural investigation.Journal of Clinical Psychology 51, 158-172, 1995

Esser, Hartmut: Ist das Konzept der Integration gescheitert? Vortrag zur Eröffnung des Landeszentrums für Zuwanderung NRW, 8.1.1998

Ete, Etem: Psychische Störungen von ausländischen Arbeitern in der Bundesrepublik Deutschland. In: Kentenich, H., Reeg, P., Wehkamp, K.H.: Zwischen zwei Kulturen: Was macht Ausländer krank? Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin 1984, S.148-154

FABER-Antrag: Folgen der Arbeitsmigration für Bildung und Erziehung. Dokumentation des von U.Neumann, M. Krüger-Potratz, I. Gogolin und Hans H. Reich konzipierten Antrags in: Deutsch Lernen 1 /1990, 70-87

Fauser, Andreas: Hypothetische psychosoziale Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen bei Gastarbeiterkindern in der Bundesrepublik Deutschland. Unveröff. Dissertation, Med.Fakultät Tübingen 1986

Felber-Villagra, Nelda: Exil, Konflikt und Niederlage. Eine psychoanalytische Kritik des Migrationsbegriffs. In: Kiesel, Doron, Kriechhammer-Yagmur, Sabine, Von Lüpke, Hans (Hrsg.): Gestörte Übertragung. Ethno-kulturelle Dimensionen im psychotherapeutischen Prozeß. Haag und Herchen, Frankfurt 1996, S. 29-44

Fichter, M.M., Elton, M., Diallina, M., Koptagel-Ilal, G., Fthenakis, W.E., Weyerer, S.: Mental illness in Greek and Turkish adolescents. Eur.Arch.Psychiatr. Neurol.Sci. 237, 125-134, 1988

Fisek, Güler Okman: Psychopathology and the Turkish family: A family systems theory analysis. In: C. Kagitçibasi (ed.): Sex roles, family and community in Turkey.: Indiana Universiy Press, Bloomington IN 1982

Fisek, Güler Okman: A cross-cultural examination of proximity and hierarchy as dimensions of familiy structure. Family Process 30, 121-133, 1991

Fisek, Güler Okman: Gender hierarchy: Is it a useful concept in describing family structure? Vth World Congress of Family Therapy, Amsterdam, 1993

Fisek, Güler Okman: Life in Turkey. In: Adler, L.L. (ed.) International handbook on gender roles.: Greenwood Press, Westport 1993

Fisek, Güler Okman.: Ein gemeindepsychologisches Konzept zur psychosozialen Versorgung von Familien in Gecekondus. Vortrag auf der Tagung „Familien in der Migration“, Gesunde Städte Büro der Stadt Essen und dem Zentrum für Türkeistudien, Essen, 26.10.1995. Tagungsreader, Hrsg. Zentrum für Türkeistudien, 1996

Fisek, Güler Okman, Schepker, R.: Kontext-Bewußtsein in der transkulturellen Psychotherapie. Familiendynamik, 22, 396-413,1997

Fonagy, Peter; Steele, Miriam; Steele, Howard; Higgitt, Anna; Target, Mary: The Theory and Practice of Resilience. The Emanual Miller Memorial Lecture 1992. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 35, 231-257, 1994

Friedman, R. Goodrich, W., Fullerton, C.S.: Locus of control and severity of psychiatric illness in the residential treatment of adolescents. Residential Group Care and Treatment 1985-86 3, 3-13, 1986

Frießem, Dieter H.: Jugendliche aus „Gastarbeiter“-Familien. Sozialpsychiatrische und medizinisch-soziologische Überlegungen an Hand zweier Falldarstellungen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 24, 7-10, 1975

Gaebel, W.: Qualitässicherung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. In: Gaebel,. W. (Hrsg.): Qualitässicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Springer, Wien-New York 1995, S. 87-108

Gaitanides, Stefan: Psychosoziale Probleme und Probleme der psychosozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten. In: Stadt Frankfurt, Amt für multikulturelle Angelegenheiten, AK Migration und psychische Gesundheit, AK Sozialberatung für Migranten, Dezernat für Jugend, soziales und Wohnungswesen, Dezernat Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Dokumentation – Anhörung zur psychosozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Eigendruck, Frankfurt 1994, S.22-40.

Gallisch, Michael: Psychologische Beratung und Therapie türkischer Patienten im Medizinkontext. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 4, 435-457, 1990

Garmezy, Norman; Masten, Ann S.: Chronic Adversities. In: Rutter, Michael; Taylor, Eric, Hersov, Lionel (eds.): Child and adolescent psychiatry: modern approaches. Blackwell, Oxford-London-Edinburgh- Paris-Berlin-Wien 1994; S. 191-208

Gehrhardt, Ursula: Beratungsarbeit mit ausländischen Familien. Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 41, 76-82, 1992

Geiersbach, Paul: Warten bis die Züge wieder fahren. Ein Türkengetto in Deutschland. Mink, Berlin 1989

Geiersbach, Paul: Gott auch in der Fremde dienen. Ein Türkengetto in Deutschland II. Mink, Berlin 1990

Güç, Fatih: Die geteilte Familie. In: Kentenich, Heribert; Reeg, Peter; Wehkamp, Karl-Heinz: (Hrsg): Zwischen zwei Kulturen - Was macht Ausländer krank? Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin, 1984

Güç, Fatih: Ein familientherapeutisches Konzept in der Arbeit mit Immigrantenfamilien. Familiendynamik 16, 3-23, 1991

Gümen, Sedef; Herwatz-Emden, Leonie; Westphal, Manuela: Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als weibliches Lebenskonzept: eingewanderte und westliche Frauen im Vergleich. Zeitschrift für Pädagogik 40, 63-81, 1994

Gürsel, Nazim: Die ausländische Fachkraft in einem deutschen Team: Ein Erfahrungsbericht. In: In: Nestmann, Frank, Niepel, Thomas: Beratung von Migranten. Neue Wege in der psychosozialen Versorgung. VWB, Berlin 1993, S.164-175

Häfner, H. Moschel, G.; Özek, Metin: Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern, Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. Nervenarzt 48, 268-275, 1977

Hamburger, Franz: Kulturelle Produktivität durch komparative Kompetenz. In: Gogolin, Ingrid; Nauck, Bernhard: FABER-Konferenz: Folgen der Arbeitsmigration für Bildung und Erziehung. Dokumentation einer Fachtagung vom 20.-22.3.97. Eigendruck Universität Chemnitz, S. 151-163

Heckmann, F.: Die Bundesrepublik: ein Einwanderungsland? Zur Soziologie der Gastarbeiterbevölkerung als Einwandererminorität. Stuttgart, 1981

Herwatz-Emden, Leonie: Mutterschaft und weibliches Selbstkonzept. Eine interkulturell vergleichende Untersuchung. Juventa, Weinzeim-München 1995

Hettlage-Vargas, Angelika: Bikulturalität - Privileg oder Belastung? In: Kürsat-Ahler, Elcin (Hrsg.): Die multikulturelle Gesellschaft: Der Weg zur Gleichstellung? Verlag f. Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt 1992

Holstein, Klaus: Psychiatrische Symptomatik und Symptomatik in einer poliklinischen Population von Gastarbeiterkindern. Acta paedopsychiatrica 50, 217-228, 1984

Holzmann, Thomas H.; Volk, Stephan; Georgi, Klaus; Pflug, Burkhardt: Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag. Psychiat. Praxis 21, 106-109, 1994

Höök, Börje; Hägglof, Bruno; Thernlund, Gunilla: Life events and behavioural deviances in Childhood: A longitudinal study of a normal population. European Journal of Child and Adolescent Psychiatry 4, 153-164, 1995

Horn, Hans-Jürgen: Die Begutachtung von fremdsprachigen Ausländern - Probleme und Fehlerquellen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 77, 382-386, 1995

Huck, Wilfried: Besonderheiten und Probleme in der Behandlung ausländischer jugendlicher Drogenabhängiger. In: Siefen, Georg, Brähler, Elmar (Hrsg): Migration und Gesundheit. psychosozial 19, 37-42, 1996

James, Oliver: Juvenile violence in a winner-loser-culture. Socio-economic and familial origins of the rise of violence against the person. Free Association, London - New York 1995

Kagitçibasi, Çigdem: Family and human development across cultures. A View from the other side. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey, 1996

Karakasoglu-Aydin, Yasemin: „Ich bin stolz, ein Türke zu sein.“ Bedeutung ethnischer Orientierungen für das positive Selbstwertgefühl türkischer Jugendlicher in Deutschland - ein Essay. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Identitätsstabilisierend oder konfliktfördernd? Ethnische Orientierungen in Jugendgruppen. Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 72, Bonn-Düsseldorf 1997

Karasan-Dirks, Sabine: Die türkische Familie zwischen gestern und morgen. Mitteilungen des Deutschen Orient-Instituts Hamburg, Nr. 13, 1980

Keupp, Heiner: Riskante Chancen. Asanger, Heidelberg 1988

Kielhorn, Rita: Krank in der Fremde. In: Siefen, Georg, Brähler, Elmar (Hrsg): Migration und Gesundheit. psychosozial 19, 15-28, 1996

Kiesel, Doron, Von Lüpke, Hans: „Gelungene Einpassung ins Unvermeidliche“? Von inter- und innerkulturellen Zurichtungen und Chancen in der Psychotherapie. In: In: Kiesel, Doron, Kriechhammer-Yagmur, Sabine, Von Lüpke, Hans (Hrsg.): Bittersüße Herkunft, Zur Bedeutung ethnisch-kultureller Aspekte bei Erkrankungen von Migrantinnen und Migranten. Haag und Herchen, Frankfurt 1995, S.103-110

Klitzing, Kai von: Risiken und Formen psychischer Störungen bei ausländischen Arbeiterkindern. Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration. Beltz, Weinheim-Basel 1983

Klosinski, Gunter: Die Relevanz ethnokulturellen Wissens in der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit. In: Kiesel, Doron, Kriechhammer-Yagmur, Sabine, Von Lüpke, Hans (Hrsg.): Bittersüße Herkunft. Zur Bedeutung ethnisch-kulturelle Aspekte bei Erkrankungen von Migrantinnen und Migranten.. Haag und Herchen, Frankfurt 1995, S. 89-102

Knölker Ulrich, Mattejat, Fritz, Schulte-Markwort, Michael: Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch. Uni-Med, Bremen-Lorch, 1997

Koch, Eckhardt; Özek, Metin; Pfeiffer, Wolfgang M. (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration - deutsch-türkische Perspektiven. Lambertus, Freiburg 1995

Koderisch, Andreas: Interkulturelle Öffnung - aber wie? Familienbildung und Elternarbeit in der Einwanderungsgesellschaft. Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen, Bonn 1996

Koen, Emy: Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migrantinnen in Deutschland: ein Vergleich. Curare 9, 129-136, 1986

Kohte-Meyer, Irmhild: Ich bin fremd, so wie ich bin. Migrationserleben, Ich-Identität und Neurose. In: Streeck, Ulrich (Hrsg.): Das Fremde in der Psychoanalyse. Erkundungen über das „Andere“ in Seele, Körper und Kultur. J.Pfeiffer, München, 119-132, 1993

Koray, Sibel: Beratung und Therapie von Migrantenfamilien unter besonderer Berücksichtigung des Sprachaspekts in der Therapeut-Klient-Beziehung. Familiendynamik 16, 57-62, 1991

Koray, Sibel: Sprache aus beraterisch-therapeutischer Sicht. In: Eberding, Angela (Hrsg.): Sprache und Migration. Verlag für interkulturelle Kommunikation, Frankfurt 1995, 32-44

Koray, Sibel: Wege aus der Sprachlosigkeit - Migrantenfamilien in Beratung und Therapie. In: Köpp, Werner, Rohner, Robert (Hrsg.): Das Fremde in uns, die Fremden bei uns: Ausländer in Psychotherapie und Beratung. Asanger, Heidelberg, 114-119, 1993

Korporal, J.: Alltagssprache und Fachsprache in der Patient-Arzt-Beziehung. In. Eberding, Angela (Hrsg.): Sprache und Migration. Verl.f. Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt 1995

Köse, Birsen: Psychotherapie als „Glaubenssystem“: Probleme der psychosozialen Versorgung am Beispiel der ArbeitsmigrantInnen aus der Türkei. In: Attia, Iman (Hrsg.): Multikulturelle Gesellschaft - monokulturelle Psychologie? Antisemitismus und Rassismus in der psychosozialen Arbeit. DGVT-Verlag, Tübingen 1995, S. 112-135

Kourany, R.F.C., Garber, J., Tornusciolo, G.: Improving first appointment attendance rates in child psychiatry outpatient clinics. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29, 657-660, 1990

Kürsat-Ahlers, Elcin: Migration als psychischer Prozeß In: Attia, Iman (Hrsg.): Multikulturelle Gesellschaft-Monokulturelle Psychologie? Antisemitismus und Rassismus in der psychosozialen Arbeit. 1995, S. 157-171

Lajios, Komstantin: Zur psychosozialen Versorgung der Ausländer/-innen. Ergebnisse einer Untersuchung in Wuppertal. In: Lajios, K. (Hrsg.): Die psychosoziale Situation von Ausländern in der BRD. Integrationsprobleme und seelische Folgen. Leske u. Budrich, Opladen 1993, S. 71-122

LaMontagne, L.L.: Children’s locus of control beliefs as predictors of preopreative coping behavior. Nursing Research 33, 76-79, 1984

Lazaridis, Konstantinos: Psychiatrische Erkrankungen bei Ausländern - Hospitalisations- und nationalitätsspezifische Inzidenz. Eine epidemiologische Untersuchung in Niedersachsen. Nervenarzt 58, 250-255, 1987

Leimkühler, A.M.: Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gaebel, Wolfgang (Hrsg.): Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Springer, Wien-New York 1995, S.163-172

Leuzinger-Bohleber, Marianne, Lahme-Gronostaj, H., Wiedenhöft, A., Sogel, G.: Qualitative und quantitative Auswertungsmethoden in einer angewandt-psychoanalytischen Studie zum Einfluß von Arbeitslosigkeit auf spätadoleszente Entwicklungsprozesse. In: Faller H., Frommer J. (Hrsg): Qualitative Psychotherapieforschung, Asanger, Heidelberg 1994

Leuzinger-Bohleber, Marianne: Veränderung kognitiv-affektiver Prozesse in Psychoanalysen. Versuch einer Koimbination von (qualitativer) On-Line und (quantitativer) Off-Line Forschung bei der Untersuchung psychoanalytischer Prozesse. In: Faller, Hermann; Frommer, Jörg: - Qualitative Psychotherapieforschung. Asanger, Heidelberg, 195-227, 1994

Levi, Hannah: Should all enmeshed families be regarded as dysfunctional: A study of the circumplex model of marital and family systems. Unpublished M.A. Thesis, Bo³aziçi University, Istanbul 1984

Leyer, Emanuela M.: Schwierigkeiten und Chancen in der transkulturellen analytischen Psychotherapie. In: Köpp, Werner, Rohner, Robert (Hrsg.): Das Fremde in uns, die Fremden bei uns. Ausländer in Psychotherapie und Beratung. Asanger, Heidelberg 1993, 96-113

Leyer, Emanuela M.: Zwischen "Morbus Bosporus" und "Zivilisationsmarionette"? Ein Beitrag zur Psychodynamik der Migration am Beispiel der türkischen Arbeitsmigranten. In: Richter, H.E., Wirsching, M. (Hg.): Neues Denken in der Psychosomatik. Fischer, Frankfurt 1991, S. 141-152

Leyer, Emanuela Maria: Familiendynamische Aspekte bei Migrantenfamilien. In: Kiesel, Doron, Kriechhammer-Yagmur, Sabine, Von Lüpke, Hans (Hrsg.):

Kränkung und Krankheit. Psychische und Psychosomatische Folgen der Migration. Haag und Herchen, Frankfurt 1994, S.39-54

Leyer, Emanuela: „Wir sind ganz blind." Aspekte einer Familientherapie mit einer türkischen Migrantenfamilie. Psychosozial 38, 31-42, 1989

Lichter, K.: Möglichkeiten und Grenzen psychiatrischer Behandlung im Spannungsfeld der Migration. In: Lajios, K. (Hrsg.): Die psychosoziale Situation von Ausländern in der BRD. Integrationsprobleme und seelische Folgen. Leske u. Budrich, Opladen 1993, S. 17-34

Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Ausländische Arbeitnehmer in Nordrhein-Westfalen. Zahlenspiegel. Ausgabe 1992, 1993, 1994. Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, Düsseldorf 1993-1995

Malone, Charles A.: Family Therapy. In: Wiener, J.M. (Hrsg): Textbook of child and adolescent psychiatry. American Psychiatric Press, Washington 1991, S. 605-616

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim 1988

Mc Miller, William P., Weisz, John R.: Help-seeking preceding mental health clinic intake among African-American, Latino, and Causasian youths. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 35, 1086-1094, 1996

Mertens, Wolfgang: Der Einfluß der Objektbeziehungs-Theorien auf die Behandlungstechnik. In: Einführung in die psychoanalytische Therapie Bd.1. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln 1990, S. 94-103

Minuchin, Salvadore, Rosman, B., Baker, L.: Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Klett-Cotta, Stuttgart 1983

Moffatt, M.E., Pless, I.B.*:* Locus of control in juvenile diabetic campers: changes in camp, and relationship to camp staff assessments. Journal of Pediatrics 103, 146-50,1983

Moilanen, Irma; Myhrman, Antero: Akklimatisation von Rücksiedlerkindern und -adoleszenten. Z.Kinder- Jugendpsychiatrie 17, 10-16, 1989

Moser, U.: Principles of scientific methodology. In: Leuzinger-Bohleber, M. et al. (Eds.): Two butterflies on my head. Psychoanalysis in the interdisciplinary scientific dialogue. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1992, S.39-46

Nauck, Bernhard: „Heimliches Matriarchat" in Familien türkischer Arbeitsmigranten? Empirische Ergebnisse zu Veränderungen der Entscheidungsmacht und Aufgabenallokation. Zeitschrift für Soziologie, 14, 450-465, 1985

Nauck, Bernhard: Erziehungsklima, integrative Transmission und Sozialisation von Jugendlichen in türkischen Migrantenfamilien. In: Zeitschrift für Pädagogik 40, 1/1994, S.43-62

Nowicki, Stephen, Barnes, J.: Effects of a structured camp experience on locus of control in children. J. Genetic Psychology 122, 247-252, 1973

Odag, Celal: Psychodynamische Aspekte der interkulturellen Psychotherapie: Erfahrungen aus der Supervision von autochthonen (einheimischen) Psychotherapeuten. Vortrag auf der Fachtagung: Psychotherapie mit Migranten. Essen, 21.-22.2.1997

Özelsel, Michaela M.: Gesundheit und Migration. Eine empirisch-psychologische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und in der Türkei. Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie, München,1990

Özelsel, Michaela: Die „andere Mentalität“ – eine empirische Untersuchung zur sekundären Krankheitssicht türkischer MitbürgerInnen. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 3, 349-356, 1994 a

Özelsel, Michaela: Sucht und Migration - eine ethnopsychologische Perspektive. In: LV Westfalen-Lippe (Hrsg.): 13. Jahrestagung Sucht: kennt keine Ausländer. Dokumentation. Münster 1994 b, S.15 ff

Offer, Daniel, Ostrov, E., Howard, K.I., Atkinson, R.: The teenage world. Adolescent’s self-image in ten countries. Plenum, New York-London 1988

Olton , A.L.: The effect of locus of control and perceptions of school environment on outcome in three school drug abuse prevention programs. Journal of Drug Education 15, 157-69,1985

Petersen, Andrea: Ehre und Scham. Das Verhältnis der Geschlechter in der Türkei. Express Edition, Berlin 1988

Pfeiffer, Gerhard: Die Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Institutionen durch Kinder ausländischer Arbeitnehmer und deren Familien am Beispiel von Erziehungsberatungsstellen im Raum Südbaden. Dissertation, Medizinische Fakultät, Freiburg 1983

Pfeiffer, Wolfgang M.: Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. 2. neubearb. Auflage. Thieme Stuttgart-New York 1994

Portera, Agostino: Interkulturelle Identitäten. Faktoren der Identitätsbildung Jugendlicher italienischer Herkunft in Südbaden und Süditalien. Böhlau, Köln-Weimar-Wien 1995

Poustka, Fritz: Psychiatrische Störungen ei Kindern ausländischer Arbeitnehmer. Enke, Stuttgart 1984

Quindeau, Ilka: Fremdheit und Übertragung. Probleme im interkulturellen therapeutischen Prozeß. In: Kiesel, Doron, Kriechhammer-Yagmur, Sabine, Von Lüpke, Hans (Hrsg.): Gestörte Übertragung. Ethno-kulturelle Dimensionen im psychotherapeutischen Prozeß. Haag und Herchen, Frankfurt 1996, S. 109-122

Radtke, Frank Olaf: Mechanismen ethnischer Diskriminierung in der Grundschule. In: Kersten, R.; Kiesel, D.; Sargut, S. (Hrsg.) Ausbilden statt Ausgrenzen. Frankfurt 1996, S. 121-132

Raval, Hitesh: A systemic perspective on working with interpreters. Clinical Child Psychology and Psychiatry 1,29-44, 1996

Reich, Hans H., Bender-Szymanski, Dorothea (Hrsg.): Folgen der Arbeitsmigration für Bildung und Erziehung. Ein Schwerpunktprogramm der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Kommentierte bibliographische Informationen. 3. veränd. Aufl. Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung, Frankfurt 1997

Remschmidt, Helmut, Schmidt, Martin H. (Hrsg) Multiaxiales Klassifikationsschema kinderpsychiatrischer Erkrankungen nach Rutter und Sturge. Huber, Bern 1977

Remschmidt, Helmut, Schmidt, Martin H. (Hrsg): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band I: Grundlagen, Pathogenese, Diagnostik, Therapie. Thieme, Stuttgart-New York 1988

Remschmidt, Helmut; Walter, Reinhard.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung. Hogrefe, Göttingen 1990

Remschmidt, Helmut: Der Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Remschmidt, H., Schmidt, M.H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis Bd. 1, Thieme, Stuttgart/New York 1988, S. 142-152

Remschmidt, Helmut: Psychiatrie der Adoleszenz. Thieme, Stuttgart/New York 1992

Resch, Franz: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1996

Riedesser, Peter: Die psychische Gefährdung des Gastarbeiterkindes. Caritas-Jahrbuch, 133-137, 1982

Riedesser, Peter: Psychische Gefährdungen und Erkrankungen von Kindern ausländischer Arbeiter. Habilitationsschrift, Freiburg 1988

Röder, Friedhelm: Gruppenpsychotherapie für Türken in Zusammenarbeit mit einem Dolmetscher - Kommentierte Schilderung der ersten, konstituierenden Sitzung. Psychiat. Prax. 22, 135-139. 1995

Rohner, Gerd: Die Entwicklung der Beratungsstelle an der Wassertorstraße in Berlin-Kreuzberg. In: Leiden in der Fremde? Zur psychosozialen Situation ausländischer Familien. Tagungsreader, 7.-8.3.1986, Berlin 1986

Rohner, Robert; Eroglu, Sait; Arslan, Sakir: Behandlung hinter den Kulissen - Schulmedizinische Therapie und traditionelle Heiler. In: Köpp, Werner, Rohner, Robert (Hrsg): Das Fremde in uns, die Fremden bei uns. Ausländer in Psychotherapie und Beratung. Asanger, Heidelberg 1993, S.85-95

Rommelspacher, Birgit: Dominanzkultur. Orlanda, Berlin 1995

Ross, J. L., Phipps, E. J.: Understanding the family in multiple cultural contexts: avoiding therapeutic traps. Contemporary Family Therapy 8, 1986, S.255-263

Ruhkopf, Hilka, Zimmermann, Emil, Bartels Siegfried: Das Krankheits- und Therapieverständnis türkischer Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Nestmann, Frank, Niepel, Thomas: Beratung von Migranten. Neue Wege in der psychosozialen Versorgung. VWB, Berlin 1993, S.233-251

Rutter, Michael, Quinton, D.: Psychiatric disorder - ecological factors and concepts of causation. In: Mc Gurk, M. (ed): Ecological factors in human development. Elsevier, Amsterdam 1977

Rutter, Michal, Giller, Henri: Juvenile delinquency. Guilford Press, New York 1984

Schemel, Robert: A Qualitative Research Primer: The Paradigm, Some Basic Techniques and Methods. Turkish Psychological Association, Ankara 1995

Schepker, Renate: Türkische Familien in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz - institutionelle Entwicklungen über 6 Jahre. Vortrag auf dem Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie / XXII. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bad Homburg, 2.5.1991

Schepker, Renate: Zur Komplexität der Zusammenhänge von migrationsbedingten "Risikofaktoren", dem erlebten Einluß auf die eigenen Lebensbedingungen und psychiatrischen Erkrankungen bei Jugendlichen türkischer Herkunft. In: Koch, E., Özek, M., Pfeiffer, W. (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration - deutsch-türkische Perspektiven. Lambertus-Verlag, Freiburg, 257-266, 1995

Schepker; Renate: Insallah- oder: packen wir's an. Zu Kontrollüberzeugungen deutscher und türkuischer Schüler im Ruhrgebiet. Waxmann, Münster - New York 1995

Schepker, Renate: Kinderpsychiatrische Zugänge zum Schulversagen. Antrittsvorlesung an der Med. Fakultät der Universität GH Essen, 30.4.1996

Schepker, Renate : Posttraumatische Belastungsreaktionen im Kindesalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 25, 46-56, 1997

Schepker, Renate: Begutachtung -Psychiatrische Aspekte. Vortrag auf der Tagung „Ethnizität und Recht“, Werner-Reimers-Stiftung, Bad Homburg 6.-7.2. 1997

Schepker, Renate: Sinngebung in der Migration. Jugendliche Winner und Loser aus der türkeistämmigen Minorität. In: Kiesel, Doron, von Lüpke, Hans (Hrsg.): Vom Wahn und vom Sinn. Krankheitskonzepte in der multikulturellen Gesellschaft. Brandes und Apsel, Frankfurt 1998 a, S. 87-101

Schepker, Renate: Zur Indikationsstellung jugendpsychiatrischer Gerichtsgutachten. Eine empirische Untersuchung zu § 43 (2) JGG. Fink, München 1998 b (im Druck)

Schepker, Renate; Eberding, Angela: Der Mädchenmythos im Spiegel der pädagogischen Diskussion. Ein empirisch fundierter Diskussionsbeitrag zu Stereotypien über Mädchen türkischer Herkunft. Zeitschrift für Pädagogik 42, 111-126, 1996

Schepker, R., Eggers, Ch.: Psychiatrische Störungen. In: Stephan, U. (Hrsg.): Langzeittherapie im Kindes- und Jugendalter. Hippokrates, Stuttgart 1988, S.387-421

Schiffauer, Werner: Die Gewalt der Ehre. Erklärungen zu einem türkisch-deutschen Sexualkonflikt. Suhrkamp, Frankfurt 1983

Schiffauer, Werner: Die Migranten aus Subay. Klett-Cotta, Stuttgart 1991

Schleyer-Lindenmann, Alexandra; Moreau, Alain: Erziehungswerte und -praktiken bei Familien französischer und algerischer Herkunft in Marseille. In: Nauck, Bernhard, Gogolin, Ingrid (Hrsg.): Konferenz „Folgen der Arbeitsmigration für Bildung und Erziehung. Tagungsreader, S. 354-365, 1997

Schlippe, Arist von; El Hachimi, Mohammed; Jürgens, Gesa: Systemische Supervision in multikulturellen Kontexten. In: Organisationsberatung-supervision-Clinical Management 3/1997, 207-224

Schlüter-Müller, Susanne: Psychische Probleme von jungen Türken in Deutschland. Psychiatrische Auffälligkeiten von ausländischen Jugendlichen in der Adoleszenz. Klotz, Eschborn 1992

Schmalz-Jacobsen, Cornelia: Vorwort und Einleitung. In: Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer (Hrsg.): Mitteilungen Nr. 6 - Gesundheit und Migration. Modellprojekte von Gesundheitsämtern. Berlin 1995

Schneewind, K.H.: Entwicklung personaler Kontrolle im Kontext der Familie. In: Kugemann, W., Preiser, S., Schneewind, K.A. (Hg.): Psychologie und komplexe Lebenswirklichkeit. Festschrift zum 65.Geburtstag von Walter Toman. Hogrefe, Göttingen-Toronto-Zürich 1985, S.203-223

Schröder, R.D.: Psychologische Begutachtung ausländischer Jugendlicher. Bundesanstalt für Arbeit, Informationen Nr. 48/1. Eigendruck, Nürnberg 1995

Seginer, Rachel, Trommsdorff, Gisela, Essau, Cecilia: Adolescent Control beliefs: Cross-cultural variations of primary and secondary orientation. International journal of behavioral development 16, 243-260, 1993

Selvini-Palazzoli, Mara; Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G.: Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett-Cotta, Stuttgart 1977

Sen, Faruk: 1961 bis 1993: Eine kurze Geschichte der Türken in Deutschland. In: Leggewie, Claus, Senocak, Zafer (Hrsg.: Deutsche Türken - Türk Almanlar - Das Ende der Geduld - Sabrin sonu. Rowohlt, Reinbek 1993, S.17-36

Siefen, Rainer Georg, Brähler, Elmar: Körperbeschwerden bei griechischen Migranten- und Aussiedlerkindern und –jugendlichen. In: Siefen, Georg, Brähler, Elmar (Hrsg): Migration und Gesundheit. Psychosozial 19, 29-36, 1996:

Silbereisen, Rainer K.; Schwarz, Beate; Kracke, Bärbel: Problemverhalten Jugendlicher im Kulturvergleich. In Thomas, Alexander (Hrsg:): Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung. Hogrefe, Göttingen-Bern, 339-357, 1993

SPSS/PC+ V.4.0.: Statistical package for Social Sciences. Base Manual for the IBM PC/XT/AT and PS/2. Chicago, 1992

Stadt Essen, Amt für Entwicklungsplanung, Statistik, Stadtforschung und Wahlen (Hrsg): Soziale Einflüsse auf die Gesundheitsvorsorge. Eine Analyse der Essener Schuleingangsuntersuchungen 1989, 1990 und 1991. In: Beiträge zur Stadtforschung 10, Essen 1993

Stadt Essen, Der Oberstadtdirektor, Schul- und Sportdezenat, Schulverwaltungsamt (1995): Essen macht Schule. Schule und Migration. Essen, Eigendruck, 1995

Stadt Essen, Amt für Entwicklungsplanung, Statistik, Stadtforschung und Wahlen in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle Ausländerbeirat, Einwohneramt, Schulverwaltungsamt, Sozialamt, Jugendamt: Informationen zur Lebenssituation nichtdeutscher Einwohnerinnen und Einwohner in Essen. Essen, Eigendruck 1997

Steffen, Katrin, Koch, Eckhardt: Modell stationärer Versorgung von türkischen Patienten in einem Psychiatrischen Krankenhaus. In: Koch, Eckhardt; Özek, Metin; Pfeiffer, Wolfgang M. (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration - deutsch-türkische Perspektiven. Lambertus, Freiburg 1995, S. 194-198

Steinhausen, Hans Christian: Psychische Störungen bei Gastarbeiterkindern im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 10, S.32-49, 1982

Steinhausen, Hans Christian: Eine Skala zur Beurteilung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher. Z.Kinder- und Jugendpsychiatrie 131, 230-240, 1985

Steinhausen, Hans Christian, Offer, D., Ostrov, E., Howard, K.I.: Transcultural comparison of self-image in German and United States adolescents. Journal of Youth and Adolescence 17, 515-520, 1988

Steinhausen, Hans Christian, Aster, M. von, Pfeifer, E., Göbel, D.: Comparative Studies of Conversion Disorders in Childhood and Adolescence. J.Child Psychol.Psychiat. 30, S.615-621, 1989

Steinhausen, Hans Christian, Edinsel, E. Fegert, J. M., Göbel, D., Reister, E., Rentz, A.: Child psychiatric disorders and family dysfunction in migrant worker's and military families. Eur. Arch.Psychiatr. Neurol.Sci. 239, S.257-262, 1990

Steinhausen, Hans Christian: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Urban und Schwarzenberg, 2. Aufl., München - Wien- Baltimore 1993

Stierlin, H.: Delegation und Familie. Suhrkamp, Frankfurt 1978

Taneli, Yesim; Scheuerpflug, Peter; Friese, H. Jürgen; Trott, Götz E.; Warnke, Andreas: Stationäre türkische Patienten der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg: Retrospektive MAS-Auswertung einer 10-Jahresspanne (1981-1992). In: : Koch, Eckhardt; Özek, Metin; Pfeiffer, Wolfgang M. (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration - deutsch-türkische Perspektiven. Lambertus, Freiburg, 222-231, 1995

Tertilt, Hermann: Turkish power boys. Ethnographie einer Jugendbande. Fischer, Frankfurt 1996

Thomas, V.: Das „Circumplex-Model“ und der FACES. In: Cierpka, M.: Familiendiagnostik. Springer, Berlin/Heidelberg,241-270, 1988

Toker, Mehmet: Strukturelle Aspekte von migrierten Familien aus der Türkei und Konsequenzen für den familientherapeutischen Zugang. Vortrag in der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Marl, 1996.

Toker, Mehmet: Begutachtung -Psychologische Aspekte. Vortrag auf der Tagung „Ethnizität und Recht“, Werner-Reimers-Stiftung, Bad Homburg 6.-7.2. 1997 (Veröff, in: Mschr. Krim. Ende 1998)

Toker, Mehmet Z.: Türkischsprachige Psychotherapieangebote im deutschsprachigen Raum. Lambertus, Freiburg 1997

Toker, Mehmet: Dolmetscher als Cotherapeuten? In:Koch, Eckhardt, Özek, Metin, Pfeiffer, Wolfgang, Schepker, Renate (Hrsg.): Risiken und Chancen von Migration. Deutsch-türkische Perspektiven. Lambertus, Freiburg 1998, im Druck

Toker, Mehmet; Schepker, Renate: Methodische Fallstricke und Grenzen testpsychologischer Untersuchungen bei nicht-deutschen Jugendlichen im Rahmen forensischer Begutachtungen. Vortrag auf der XXIV. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Würzburg, 1995.

Ude-Pestel, Anneliese: Ahmet. Geschichte einer Kindertherapie. dtv, München 1981

Uzun, Ertugrul: Gastarbeiter-Immigranten-Minderheit. In: Leggewie, Claus, Senocak, Zafer: Deutsche Türken - Türk Almanlar. Das Ende der Geduld - Sabrin sonu. Rowohlt, Reinbek 1993, S. 49-65

Walter, Joachim: Psychische und familiäre Dynamik von Flüchtlingsfamilien. Ein kasuistischer Beitrag. In: Kiesel, Doron, Kriechhammer-Yagmur, Sabine, Von Lüpke, Hans (Hrsg.): Kränkung und Krankheit. Psychische und Psychosomatische Folgen der Migration. Haag und Herchen, Frankfurt 1994, S.55-80

Werk, Claudia: Klinische und demographische Merkmale der Inanspruchnahmepopulation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz von 1979-1991. Das Essener Klientel in seinen psycho-sozialen Bezügen. Med. Dissertation, Universität GH Essen 1998

Wilpert, Czarina: Zukunftsorientierungen von Migrantenfamilien: Türkische Familien in Berlin. In: Reimann, Helga, Reimann, Horst (Hrsg): Gastarbeiter, Analyse und Perspektiven eines sozialen Problems. 2. Aufl. Westdeutscher Verlag, Opladen 1987, S.198-221

Wulff, Erich: Psychiatrischer Bericht aus Vietnam. In: Petrilowitsch, N. (Hrsg.): Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie Bd. I. Karger, Basel, 1- 1967

Yilmaz, A.Tarik: Gewalt in der Partnerschaft bei Immigrantinnen aus der Türkei. Nervenarzt 68, 884-887, 1997

Zarifoglu, Fuat, Zeiler, Joachim: Ethnische Diskriminierung und psychische Erkrankung. In: Koch, Eckhardt; Özek, Metin; Pfeiffer, Wolfgang M. (Hrsg.): Psy-

chologie und Pathologie der Migration - deutsch-türkische Perspektiven. Lambertus, Freiburg, 152-159, 1995

Zentrum für Türkeistudien (Hrsg.): Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Handbuch. Leske und Budrich, Opladen 1994

Zimmermann, Emil: Ausländische Patienten in der klinischen Praxis. In: Kiesel, Doron, Kriechhammer-Yagmur, Sabine, Von Lüpke, Hans (Hrsg.): Kränkung und Krankheit. Psychische und Psychosomatische Folgen der Migration. Haag und Herchen, Frankfurt 1994, S.25-38

Zimmermann, Emil: Gesundheitliche Lage und psychosoziale Probleme ausländischer Kinder in der Bundesrepublik Deutschland. In: Koch, Eckhardt; Özek, Metin; Pfeiffer, Wolfgang M. (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration - deutsch-türkische Perspektiven. Lambertus, Freiburg, 246-256, 1995

Index