

Das Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ

sowie Standards für die niederschwellige Betreuung und Therapie psychisch kranker und traumatisierter Personen des Asylbereichs

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge – BFF

2003

Ackermann Ch., Burtscher P., Mohamed A., Schär Sall H., Sölch A., Stutz D., Wetli E., Zoller R.

ausgeführt durch:

Ethnologisch-Psychologisches Zentrum – EPZ – der Asyl-Organisation Zürich

Dank	11
Vorbemerkung	12
Vorwort von PD Dr. Mario Erdheim	13
1 Einleitung	14
2 Ziele der Studie	16
3 Studienaufbau und Methodik	18
4 Rahmenbedingungen	23
5 Theoretische Grundlagen und Betreuungsansätze	40
6 Quantitative Resultate und Analysen	122
7 Qualitative Resultate und Analysen: Fallverläufe	142
8 Empfehlungen und Standards – Kommentiert	190
9 Empfehlungen und Standards – Zusammenfassung	208
10 Ausblick	213
Literatur	215
Anhang	
A Konzept	
B Stellenbeschreibungen	
C Erhebungsblatt	

Dank	11
Vorbemerkung	12
Vorwort von PD Dr. Mario Erdheim	13
1 Einleitung	14
2 Ziele der Studie	16
2.1 Allgemeine Ziele	16
2.2 Spezielle Ziele	16
3 Studienaufbau und Methodik	18
3.1 Methodologische Anmerkungen	18
3.2 Erhebungssituation	18
3.3 Qualitative Daten und Auswertungen	19
3.4 Quantitative Daten und Auswertungen	20
3.5 Qualitätskontrolle und Gütekriterien	21
4 Rahmenbedingungen	23
4.1 Das EPZ: ein Überblick	23
4.2 Struktur, Verwaltung, Organisation und Betreuung im EPZ	26
4.2.1 Probleme	28
4.2.2 Empfehlungen	29
4.3 Standort des EPZ	33
4.3.1 Problem	33
4.3.2 Empfehlung	33
4.4 Aufnahmekriterien, Aufnahmegespräch und Wohnen	35
4.4.1 Aufnahmekriterien	35
4.4.2 Das Aufnahmegespräch	35
4.4.3 Wohnen	36
4.4.4 Probleme betreffend Aufnahme und Wohnen	36
4.4.5 Empfehlungen	36
4.5 Personalqualifikation	38
4.5.1 Probleme betreffend Personalqualifikationen	39
4.5.2 Empfehlungen zur Personalqualifikation	39

5	Theoretische Grundlagen und Betreuungsansätze	40
5.1	Der ethnopsychologische Ansatz	40
5.2	Zur Bedeutung der Gruppenkonzepte	44
5.2.1	Einleitung	44
5.2.2	Der Übergangsraum (Winnicott) und das Übergangsritual (Van Gennep)	45
5.2.3	Containing (Bion) und holding (Winnicott)	46
5.2.4	Das Modell der operativen Gruppe (Bauleo)	47
5.2.5	Gruppensettings	48
5.2.6	Das Konzept der „accompagnants“	49
5.3	Inter- und Supervision	52
5.4	Interinstitutionelle Zusammenarbeit mit dem Asyl-, Gesundheits-, Sozial- und Rechtswesen	54
5.4.1	Generelle Aspekte der interinstitutionellen Zusammenarbeit des EPZ mit dem Gesundheitswesen	54
5.4.2	Interinstitutionelle Zusammenarbeit mit dem Asyl- bzw. Sozialwesen	58
5.5	Die Bedeutungs- und Erlebnisebene der MigrantInnen	60
5.5.1	Einleitung	60
5.5.2	Zur Leidenserfahrung und zur Bedeutung einer ethnopsychologischen Herangehensweise	60
5.5.3	Instrumente zur Erforschung der Selbsteinschätzung	62
5.6	Trauma	63
5.6.1	Einleitung	63
5.6.2	Abgrenzung vom und Kritik am Konzept des „post-traumatic-stress- disorder“	63
5.6.3	Zum Traumabegriff im EPZ	64
5.6.4	Das prozesshafte Verständnis vom Trauma	65
5.6.5	Betreuungsansatz im EPZ Alltag	66
5.6.6	Angst: Die Spur der Traumata im EPZ Alltag	67
5.6.7	Die Angst vor dem Zusammenbruch	68
5.6.8	Die unheimliche Macht der Reinszenierung	68
5.6.9	Die Zerstörung der Erzählung	69
5.6.10	Szenen und Fallvignetten aus dem EPZ-Alltag	71
5.6.11	Das therapeutische Potential des EPZ: Gruppe als Containment	73
5.6.12	Zeugenschaft, Grenzgänge und schwaches Gelingen, brüchige Narrative	75
5.6.13	Empfehlungen und Vorschläge für Standards	76

5.7	Gender, Migration und Gesundheit	78
5.7.1	Einleitung	78
5.7.2	Resultate	79
5.7.3	Genderspezifische Empfehlungen	93
5.8	Asylsuchende Kinder- und Jugendliche	95
5.8.1	Entwurzelung, Angst und Unsicherheit und Ambivalenz gegenüber dem Fremden	95
5.8.2	Asylsuchende Eltern, Kinder und Schule	96
5.8.3	Adoleszenz	99
5.8.4	Vignetten und Szenen aus dem EPZ-Alltag	105
5.8.5	Vom Risiko asylsuchender Kinder zu erkranken	109
5.8.6	Empfehlungen	111
5.9	Sprache und Übersetzung	113
5.9.1	Statistische Daten	113
5.9.2	Kurzer Exkurs zum Spracherwerb in der Migration	115
5.9.3	Sprachkenntnisse der KlientInnen im EPZ	115
5.9.4	Probleme bei der Übersetzungs-Situation im EPZ	116
5.9.5	Empfehlungen	118
5.10	Angst und Rückkehr	119
6	Quantitative Resultate und Analysen	122
6.1	Kostenvergleich, optimaler Stellenschlüssel	122
6.1.1	Kostenvergleich Psychiatrische Einrichtungen und EPZ	122
6.1.2	Weitere Vergleichszahlen	124
6.1.3	Relation Stellenschlüssel zu Anzahl generierter Kliniktage	126
6.2	Statistische Daten und Kommentare	134
6.2.1	Angebot und Nachfrage (Vergleich Neuaufnahmen zu Anfragen für Übernahmen)	134
6.2.2	Psychische, somatische und soziale Erscheinungsbilder	137
6.2.3	Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung	139
6.2.4	Nutzung der Hilfsangebote	140

7	Qualitative Resultate und Analysen: Fallverläufe	142
7.1	Verlaufsstudie Frau G.	142
7.1.1	Fallbeschreibung	142
7.1.2	Verlauf in Bezug auf die Symptome, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit; Einsicht in die eigene Problematik	144
7.1.3	Der ethnopsychologische Ansatz im Fallverlauf	145
7.1.4	Genderspezifische Besonderheiten	147
7.1.5	Prognosen	148
7.2	Verlaufsstudie Herr T.	149
7.2.1	Kurze Fallbeschreibung	149
7.2.2	Krise und personelle Dichte	150
7.2.3	Veränderungen, Verläufe in Bezug auf Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit	151
7.2.4	Der ethnopsychologische Ansatz im Fallverlauf	152
7.2.5	Besonderheiten	152
7.2.6	Perspektiven, Prognose	153
7.3	Verlaufsstudie Familie I.	154
7.3.1	Kurze Beschreibung	154
7.3.2	Krise und personelle Dichte	155
7.3.3	Veränderungen, Verläufe in Bezug auf Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit	157
7.3.4	Der ethnopsychologische Ansatz im Fallverlauf	158
7.3.5	Besonderheiten	159
7.3.6	Perspektiven, Prognosen	159
7.4	Verlaufsstudie Herr D.	160
7.4.1	Fallbeschreibung	160
7.4.2	Empfehlungen	161
7.5	Fallstudie Herr N.	163
7.5.1	Fallbeschreibung	163
7.5.2	Verlauf in Bezug auf die Symptome, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit; Einsicht in eigene Problematik	164
7.5.3	Der ethnopsychologische Ansatz im Fallverlauf	166
7.5.4	Genderspezifische Besonderheiten	167
7.5.5	Prognosen	167
7.6	Verlaufsstudie Frau A.	169
7.6.1	Fallbeschreibung	169
7.6.2	Verlauf in Bezug auf die Symptome, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit; Einsicht in die eigene Problematik	170
7.6.3	Der ethnopsychologische Ansatz im Fallverlauf	173

7.6.4	Prognosen	175
7.6.5	Empfehlungen	176
7.7	Verlaufsstudie Familie O.	177
7.7.1	„Kopf in der Schweiz und Herz in der Heimat“ (Frau O.)	177
7.7.2	„Angst im Herzen“ und „die Augen und Herz tun weh“ (Frau O.)	178
7.7.3	„Viel Angst und immer nervös“. „Herz und Kopf kaputt“ (Frau O.)	178
7.7.4	Ständige Brüche und Marginalisierungsdruck	179
7.7.5	Strategien und Spuren der Selbstbehauptung in der Fremde	180
7.7.6	Ein Kind: „In meiner Heimat, wenn die Mama und das Mädchen getauft werden, dann sind es Zwillinge, die Gleiches denken und fühlen“ (A., Tochter von Frau O.) „F. ist nicht normal“ (Frau O. über ihren ältesten Sohn).	181
7.7.7	Der ethnopsychologische Ansatz im Fallverlauf: Vom Raum und Subraum, der von ständiger Zerstörung bedroht ist	184
7.7.8	Andauernde Not und Krankheit als Entlastung	186
7.7.9	Ausblick der Familie: Weder vor noch zurück und wiederholte Flucht.	187
7.7.10	Empfehlungen:	188
8	Empfehlungen und Standards – Kommentiert	190
8.1	Empfehlungen und Standards für die strukturellen Rahmenbedingungen	190
8.1.1	Minimalstandards für eine stationäre gesundheitsfördernde Einrichtung	190
8.1.2	Empfehlungen und Standards für die Zielgruppe, die Aufnahme und die Aufenthaltsdauer	195
8.2	Empfehlungen und Standards für die personellen Rahmenbedingungen	198
8.3	Empfehlungen und Standards für die Betreuung	200
8.3.1	Allgemeine Betreuungsempfehlungen resp. Standards für Einrichtungen im Asylbereich für traumatisierte und psychisch kranke Asyl Suchende	200
8.3.2	Besondere Empfehlungen und Standards: Einbezug von „Accompagnants“	203
8.3.3	Besondere Empfehlungen und Standards für die Betreuung von traumatisierten Asyl Suchenden	204
8.3.4	Besondere Empfehlungen und Standards für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen	204
8.3.5	Besondere genderspezifische Empfehlungen und Standards	206
8.3.6	Besondere Empfehlungen und Standards in Bezug auf Sprache und Übersetzung	207

9	Empfehlungen und Standards – Zusammenfassung	208
9.1	Empfehlungen und Standards für strukturelle Rahmenbedingungen	208
9.1.1	Minimalstandards für eine stationäre gesundheitsfördernde Einrichtung	208
9.1.2	Empfehlungen und Standards für die Zielgruppe, die Aufnahme und die Aufenthaltsdauer	208
9.2	Empfehlungen und Standards für die personellen Rahmenbedingungen	210
9.3	Empfehlungen und Standards für die Betreuung	211
9.3.1	Allgemeine Betreuungsempfehlungen respektive Standards für Einrichtungen im Asylbereich für traumatisierte und psychisch kranke Asyl Suchende	211
9.3.2	Besondere Empfehlungen und Standards: Einbezug von „Accompagnants“	211
9.3.3	Besondere Empfehlungen und Standards für die Betreuung von traumatisierten Asyl Suchenden	211
9.3.4	Besondere Empfehlungen und Standards für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen	212
9.3.5	Besondere genderspezifische Empfehlungen und Standards	212
9.3.6	Besondere Empfehlungen und Standards in Bezug auf Sprache und Übersetzung	212
10	Ausblick	213
	Literatur	215
	Anhang	
A	Konzept	
B	Stellenbeschreibungen	
C	Erhebungsblatt	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5.1	79
Tabelle 5.2	79
Tabelle 5.3	81
Tabelle 5.4	86
Tabelle 5.5	89
Tabelle 5.6	111
Tabelle 6.1	122
Tabelle 6.2	123
Tabelle 6.3	123
Tabelle 6.4	124
Tabelle 6.5	125
Tabelle 6.6	125
Tabelle 6.7	129
Tabelle 6.8	131
Tabelle 6.9	131
Tabelle 6.10	132
Tabelle 6.11	132
Tabelle 6.12	134
Tabelle 6.13	135
Tabelle 6.14	136
Tabelle 6.15	137
Tabelle 6.16	139
Tabelle 6.17	140
Tabelle 6.18	141

Dank

An erster Stelle danken wir dem Bundesamt für Flüchtlinge als Auftraggeberin der Studie, wie auch *Frau B. Reusser*, Direktionsbereich Finanzen und Soziales, die unsere stets geduldige, jedoch mit wachem Blick auch anregend kritisierende Ansprechpartnerin war. Danken möchten wir auch der Asyl-Organisation Zürich und *Frau R. Bach*, Abteilungsleiterin der Fachdienste, die die Umsetzung der Studie ermöglichte, indem sie die Rahmenbedingungen zur Verfügung stellte.

Herrn PD Dr. Mario Erdheim gilt ein besonderer Dank, da er unsere Arbeit auch in Verbindung mit der Studie durch vierzehntägliche Supervision ethnopschoanalytisch unterstützte.

Herrn Prof. I. Rossi, Policlinique Médicale de l'Université Lausanne danken wir für die Supervision der Studie und für seine wertvollen medizinethnologischen Inputs; *Herrn PD Dr. JC. Métraux* für seine Unterstützung aus ethnopsychiatrischer Perspektive. *Herrn Dr. B. Küchenhoff*, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) danken wir für die langjährige Zusammenarbeit und die praxisrelevanten Hinweise aus Sicht der PUK. Für die Beratung bei der Erarbeitung statistischer Auswertungen danken wir *Herrn Dr. D. Dao* (ETH Zürich und Centre Suisse des Recherches scientifiques, Abidjan)

Besonderer Dank gilt den Fachpersonen des EPZ, die ihre Beiträge für die Studie ausserhalb ihrer regulären Arbeitszeit erarbeitet haben. Zu den ohnehin schon grossen Belastungen in der Alltagsbetreuung kamen nebst der Erfassung qualitativer und quantitativer Daten und deren Aufarbeitung zahlreiche Sitzungen hinzu, wo die Beiträge besprochen und zu einer einheitlichen Studie koordiniert wurden. – Das Arbeiten und Forschen am selben Ort stellte hohe Anforderungen an alle TeilnehmerInnen der Studie. Dies belastete zwar die tägliche Arbeit durch den Mehraufwand, dennoch trug die Studie zur Qualitätssicherung der Arbeit bei, da diese in vertiefter Weise und unter Berücksichtigung der neusten Erkenntnisse in Theorie und Praxis von Neuem reflektiert werden konnte.

Dank gilt auch den Asyl Suchenden des EPZ, die uns die Aufarbeitung ihrer spezifischen Migrationsgeschichten und der entsprechenden Daten erlaubten.

Heidi Schär Sall
Projektleiterin der Studie und Leiterin des EPZ

Vorbemerkung

Ausgehend von unserem Forschungsansatz möchten wir auf eine Auslassung hinweisen. Die persönlichen Verstrickungen, die Arbeit mit dem eigenen Spektrum an Emotionen, die in der lebendigen Auseinandersetzung mit den Asyl Suchenden auftauchen, werden a priori zum zentralen Moment der Erkenntnis. Erst auf diesem reflektierten Hintergrund der eigenen Emotionalität, aber auch der gruppalen Befindlichkeit hinsichtlich der Klientel kann es zu einem vertieften Verstehen des Gegenübers kommen (siehe DEVEREUX, 1988). – So wurden schliesslich, um den Rahmen der Studie nicht zu sprengen, die objektivierten Daten in die Studie aufgenommen, deren Erkenntnishintergrund nichtsdestotrotz die erwähnte methodische Grundlage zur Voraussetzung hat.

Zur Frage des Vertrauensverhältnisses zwischen uns und den KlientInnen ergibt sich die Frage, unter welchen Voraussetzungen diese sensiblen Daten öffentlich gemacht werden können. Zwar stimmten die KlientInnen einer Aufnahme in die Studie zu, doch „kein Vertrag ist mit so vielen stillschweigenden Auflagen belastet wie das Vertrauensabkommen“ (siehe BOURDIEU, 2002: 13).

Zunächst versuchten wir die Daten zu anonymisieren (Änderung der Ort- und Personennamen). Die Schwierigkeit bestand jedoch in der schlüssigen und nachvollziehbaren Darstellung der Lebensabläufe und Problemlagen bei gleichzeitiger Wahrung der Verschwiegenheit. Daraus entstand ein Kompromiss, der allerdings voraussetzt, dass die Daten ausschliesslich im Sinne des Auftrags der Studie verwendet werden und nicht zu anderen Zwecken benutzt werden dürfen.

Zuletzt sei noch auf eine sprachliche Feinheit hingewiesen, die sich in der jeweiligen Benennung der weiblichen Formen ausdrückt. Auch auf dem expliziten Hintergrund der notwendigen Berücksichtigung der spezifischen Gender-Problematik war es nur konsequent, dies auch in der entsprechenden sprachlichen Formulierung zum Ausdruck zu bringen.

Vorwort von PD Dr. Mario Erdheim

Die vorliegende Studie erfolgt zwar im Auftrag des Bundesamts für Flüchtlinge, entspricht aber gleichzeitig auch der Notwendigkeit, die im Ethnologisch-psychologischen Zentrum (EPZ) geleistete Arbeit selbstreflexiv zu beleuchten. Diese Notwendigkeit ergibt sich nicht zuletzt daraus, dass das EPZ in vielerlei Hinsicht „Übergangsräume“ schaffen muss, ja aus solchen besteht: Es nimmt Individuen auf, die sich auf Grund ihrer migratorischen Erfahrungen in einer Krise befinden. Krisen sind schwierige Übergänge, und das EPZ stellt Raum zur Verfügung, um solche Krisen besser auszuhalten. Diese Übergangsräume müssen auch Schonräume sein. Wo die individuelle Krise in Verbindung mit einem Kulturschock steht, muss der Schock aufgefangen werden, und dies ist nur durch ein Beziehungsangebot möglich. Diese Begleitung ist auch eine Art des Übergangs von einem Zustand in einen anderen. Für asylsuchende Kinder und Heranwachsende organisiert das EPZ ebenfalls einen Ort des Übergangs, eine Art Schleuse von einer Kultur in die andere.

Übergangsräume sind dadurch gekennzeichnet, dass sie Orte voller Ambiguitäten sind: die einen Normen gelten nicht mehr und die anderen noch nicht. Deshalb ist Selbstreflexion besonders wichtig, und zwar nicht nur für die Asyl Suchenden, die eine Krise durchmachen, sondern auch für die sie betreuende Institution.

Für das Individuum, das sich seiner psychischen Störung bewusst wird, ist es eine ebenso schwierig zu erbringende Leistung, diese zu reflektieren und in seine Biographie zu integrieren, wie es für die Institution aufwändig ist, stets von Neuem die Voraussetzungen durchzudenken, die ihre Arbeit im Dienst an ihren Klientinnen und Klienten am sinnvollsten zur Wirkung bringen. Diese Studie belegt auf eindruckliche Art und Weise, wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des EPZ den selbstreflexiven Alltag ihrer Institution geformt haben, und was sie mit ihrem täglichen Engagement bewirken können.

1 Einleitung

Die polyvalente, soziale, migrationsbedingte und individuelle Problematik traumatisierter und psychisch erkrankter Asyl Suchender führt in den üblichen Asylstrukturen oft zu einer strukturellen und fachlichen Überforderung in der Alltagsbetreuung.

Auch in den psychiatrischen und medizinischen Einrichtungen fehlen häufig Konzepte oder Umsetzungsmöglichkeiten für eine fachliche und kontextbezogene Herangehensweise, die einen erfolgreichen Zugang zu dieser spezifischen MigrantInnengruppe betreuerisch und therapeutisch ermöglicht.

Die prekären, statusbedingten Rahmenbedingungen dieser Personengruppe (arbeitsrechtliche Einschränkungen, minimale Unterstützungsleistungen, schlechte Wohnbedingungen, jahrelange Unsicherheit und Perspektivenlosigkeit) tragen dazu bei, dass Asyl Suchende eine gesundheitliche Risikogruppe darstellen.

Das Ethnologisch-Psychologische Zentrum (EPZ) ist ein Fachdienst der Asyl-Organisation Zürich, der sich mittels eines ethnopsychologischen Konzeptes dieser Klientel betreuerisch und therapeutisch annimmt. Dazu gehören auch die fürsorgliche Unterstützung sowie die Bewirtschaftung der Häuser, in denen diese Klientel wohnt.

Das EPZ ist in der Schweiz eine einzigartige Einrichtung, welche bis zu 100 traumatisierte oder psychisch erkrankte asylsuchende Frauen, Kinder und Männer unterschiedlichster Herkunft teilstationär betreut.

Die Entwicklung eines gesundheitsfördernden, kontextbezogenen Ansatzes liess sich in einem ethnopsychologischen Zugang konkretisieren. Dieser Ansatz stützt sich auf Methodik und Verständnisweisen der Ethnologie, Ethnopsychoanalyse, Psychologie und Psychotherapie. Die gedanklichen VorreiterInnen für die Anfänge des EPZ und dessen Betreuungsansätze sind Prof. Dr. Maya Nadig und PD Dr. Mario Erdheim, die in den 80er Jahren am Ethnologischen Seminar der Universität Zürich Ethnopsychoanalyse (nach Georges Devereux, Paul Parin sowie eigenen Forschungen) lehrten. Es ist also kein Zufall, dass sich ihre SchülerInnen unter den ProtagonistInnen des EPZ befinden. Die Praxisrelevanz einer angewandten Ethnopsychologie auch im Asylbereich wird in der Studie sichtbar.

Das Bundesamt für Gesundheit stellt in seiner Strategie zu Migration und Gesundheit (BAG, Migration und Gesundheit, Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006) fünf hauptsächliche Interventionsbereiche in den Vordergrund, darunter Therapieangebote für

traumatisierte Flüchtlinge und Asyl Suchende (Krieg, Folter, Vergewaltigung, Gewalt, traumatische Migrationserfahrungen) sowie Forschung im Migrationsbereich.

In diesem Zusammenhang ist der Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge an das EPZ zu verstehen. In der Auftragsstudie sollen fachliche Qualitäts-Standards für die niederschwellige Betreuung und Therapierung psychisch erkrankter und traumatisierter Personen des Asylbereichs definiert werden.

Die vorliegende Studie, die von den Sozialwissenschaftlerinnen des EPZ erarbeitet wurde, untersucht – mittels qualitativer und quantitativer Methoden - in einer Selbstevaluation die bisherige Praxis im EPZ in bezug auf die Problematik der Klientel, die Betreuungsziele, -methoden und -inhalte sowie deren Effizienz und Effektivität unter Einbezug der Rahmenbedingungen. Das Fehlen von Standards machte es notwendig, diese zu entwickeln und durch Empfehlungen zu ergänzen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit kann nicht bestehen, da dies den Rahmen dieser Studie sprengen würde.

Das Widersprüchliche dieser Tätigkeit im Spannungsfeld der Imperative von Politik und Ökonomie sowie der Leidensproblematik dieser Personengruppe zeigt sich nicht nur im Praxisalltag, sondern auch in dieser Studie.

Die vorliegende Studie betrachten wir als *work in progress*. Die Studie beansprucht somit nicht die Aufstellung von definitiven Standards und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, wenngleich die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik, sowie der Austausch mit anderen Fachleuten und TherapeutInnen den aktuellen wissenschaftlichen Diskurs widerspiegeln.

Es wäre wünschenswert, wenn diese Arbeit durch Folgestudien, die u.a. auch katamnestische Erhebungen mit einschliessen, weitergeführt und ergänzt werden könnte.

2 Ziele der Studie

2.1 Allgemeine Ziele

Fundierte Beschreibung, Analyse und Beurteilung eines niederschwelligen Therapie- und Betreuungsansatzes für traumatisierte Asyl Suchende.

Formulierung fachlicher Qualitätsstandards von Einrichtungen zur komplementären niederschwelligen Betreuung traumatisierter und psychisch erkrankter Asyl Suchender, welche künftig als Grundlage für die Führung vergleichbarer Projekte dienen können.

Beschreibung eines kontextbezogenen migrantInnenfreundlichen Betreuungs- resp. Therapiemodells sowie die Beschreibung der entsprechenden praxisrelevanten Voraussetzungen.

2.2 Spezielle Ziele

Qualitative und quantitative Dokumentation der Zielgruppe und deren Problematik sowie der Betreuungsangebote im EPZ und deren Nutzung.

Schaffen von Voraussetzungen für ein besseres Verständnis der Situation dieser Risikogruppe und für eine bessere praxisrelevante gesundheitliche Versorgung.

Konzeptualisierung und Analyse der Bedeutung einer interinstitutionellen Zusammenarbeit in Bezug auf die Zielgruppe.

Analyse zur Optimierung des Verhältnisses von Risikogruppe, Betreuung, Struktur, gesundheitlicher Versorgung und personellen Voraussetzungen, unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzenanalysen und -vergleichen.

3 Studienaufbau und Methodik

3.1 Methodologische Anmerkungen

Die Studie wurde vorwiegend mit der ethnologischen Methode der teilnehmenden (resp. der „an“-teilnehmenden) Beobachtung durchgeführt. Angesichts des generell schwierigen Zugangs zu der Untersuchungsgruppe und der Komplexität ihrer Lebenszusammenhänge erwies sich diese Methode als sinnvoll. Psychisch kranke oder traumatisierte Menschen sind oft nicht in der Lage, sich via Fragebogen oder Interview zu artikulieren. Bei Asyl Suchenden kommen häufig grosse Ängste vor formellen Befragungssituationen hinzu.

Dort wo es sinnvoll erschien, wurden die qualitativen Daten durch quantitative Erhebungen ergänzt.

In die Evaluation miteinbezogen wurden bereits vorhandene Evaluationen (BAG 2002, BLÖCHLIGER 1994), die Publikationen des EPZ (vgl. Literaturliste) sowie Manuskripte von öffentlichen Vorträgen der EPZ-Fachpersonen.

Die Evaluation wurde in Form einer Gruppenarbeit, an welcher acht SozialwissenschaftlerInnen beteiligt waren, durchgeführt (vertretene Disziplinen: Ethnologie, Psychologie, Soziologie, Ethnopschoanalyse, Ökonomie, Psychotherapie). Zur wissenschaftlichen Begleitung der Studie wurden externe Fachleute aus den Bereichen Medizin, Psychiatrie und Ethnologie beigezogen.

Ein besonderes Gewicht wurde auf eine geschlechterdifferenzierte Annäherung gelegt. Gender wird nicht als eine zusätzliche Variable angesehen, sondern als ein grundlegendes Prinzip, welches das soziale Leben strukturiert. Sowohl bei der Erhebung wie auch bei der Interpretation wurden deshalb geschlechtsspezifische Faktoren berücksichtigt.

Auch den Kindern und Jugendlichen wurde eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da sie eine speziell vulnerable Gruppe darstellen. Die altersspezifische Differenzierung der Daten wurde in den qualitativen Auswertungen berücksichtigt.

3.2 Erhebungssituation

Die Studie wurde in einer Selbstevaluation durchgeführt. Darin liegen Vorteile wie auch Risiken: Das Forschungsteam, welches gleichzeitig das Betreuungsteam ist, ist sich der eigenen Subjektivität, der blinden Flecken (der sogenannten Betriebsblindheit) sowie der

vielfältigen Rollenkonflikte (als BetreuerInnen, TherapeutInnen, InstitutionsvertreterInnen und Forschende) bewusst. Der eigenen Subjektivität wurde in regelmässigen Super- und Intervisionen (intra- und interinstitutionell) durch Reflexion der eigenen Wahrnehmungen, Haltungen, Übertragungen und Gegenübertragungen Rechnung getragen.

Hingegen ist das Besondere an der Studie - und darin liegt ihre methodologische Stärke -, dass zwischen den ForscherInnen und den InformantInnen zum Zeitpunkt der Erhebung bereits mehrjährige Beziehungen bestanden. Gerade in diesem Forschungskontext hat die Beziehung zu den Untersuchten eine Schlüsselfunktion. Bei der untersuchten Gruppe handelt es sich um besonders vulnerable Menschen, bei welchen die Beziehungsfähigkeit durch Krankheit und Traumatisierungen oft gestört ist. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses ist oft ein langer und schwieriger Prozess.

Eine weitere Besonderheit ist, dass sich sämtliche Erhebungen auf eine langjährige Praxis und Erfahrung mit der untersuchten Gruppe beziehen. KlientInnendossiers, Fallverläufe, Aufzeichnungen aus Gesprächen, Teamsitzungen und Gruppensitzungen intra- oder auch interinstitutioneller Art lagen bereits vor und waren den ForscherInnen zugänglich. Auf diese Weise waren auch Längsschnittvergleiche und die Analyse von Fallverläufen über mehrere Jahre hinweg möglich. (Längsschnittstudien über diese hochmobile MigrantInnengruppe gibt es in der Schweiz bis jetzt kaum; vgl. LONCAREVIC et al., 2001).

In einer Gruppensitzung wurden die KlientInnen über das Forschungsvorhaben informiert und die Interessen der Forschenden offengelegt. Es wurde argumentiert, dass man mehr über ihre Situation erfahren wolle, um die damit verbundenen Probleme besser verstehen und lösen zu können, was eine angeregte Diskussion der KlientInnen über ihre prekäre, unsichere Lebenssituation auslöste. Die anwesenden KlientInnen erklärten sich mit dem Forschungsvorhaben einverstanden. Auch bei den Verlaufsstudien wurden die KlientInnen um ihr Einverständnis gefragt. In einigen Fällen war dies nicht möglich (bereits erfolgter Austritt, stark paranoide Störungen). Um den Datenschutz zu gewährleisten, wurden in der Studie sämtliche Angaben, die Rückschlüsse auf die betreffenden Personen zulassen könnten, verändert.

3.3 Qualitative Daten und Auswertungen

Die qualitativen Erhebungen beinhalten eine Darstellung der Rahmenbedingungen des EPZ, die theoretischen Grundlagen und Betreuungsansätze (mit themenspezifischen Schwerpunkten) sowie Verlaufsstudien (wobei auf eine geschlechtergerechte Auswahl geachtet wurde). Aufgrund dieser Auswertungen – bei denen deskriptive statistische Angaben

(s.u.) zur Veranschaulichung beigezogen wurden – wurden im Schlusskapitel die Standards definiert und Empfehlungen ausgesprochen.

Das methodische Vorgehen zur Erhebung der qualitativen Daten gliederte sich in mehrere, zum Teil parallel verlaufende Schritte:

Anteilnehmende Beobachtung im Feld (d.h. am Wohnort der Asyl Suchenden, der gleichzeitig Arbeitsplatz der ForscherInnen ist), Erkenntnisse aus Inter- und Supervision, aus der interinstitutionellen Zusammenarbeit, aus Teamsitzungen, Gruppensitzungen mit der Klientel, Studium von KlientInnendossiers (inklusive Aktennotizen sowie Aufzeichnungen von Gesprächen) und von Verlaufsprotokollen.

Die Auswertungen wurden in Beziehung zu den neusten theoretischen Erkenntnissen auf diesem Fachgebiet gesetzt.

3.4 Quantitative Daten und Auswertungen

Die Population umfasst die Gesamtheit der 119 Personen, mit deren Fallführung das EPZ im Jahr 2002 mandatiert wurde. Stichdatum für zeitpunktbezogene Daten ist der 30. September 2002; bei vorherigem Austritt resp. Eintritt nach dem Stichdatum gilt das Austritts- resp. Eintrittsdatum. Um die spezifischen Gesundheitsprobleme und Bedürfnisse von Frauen und Männern, aber auch von Kindern und Jugendlichen zu analysieren, wurde sowohl eine geschlechts- wie auch altersspezifische Unterteilung vorgenommen.

Folgende Daten wurden statistisch ausgewertet:

KlientInnenbezogene Daten: Herkunft, Alter, Geschlecht, Familienstand, Aufenthaltsdauer im EPZ, psychische, somatische und soziale Erscheinungsbilder, Nutzung der Medizin- und Betreuungssysteme, Erwerbstätigkeit und Teilnahme an Beschäftigungsprogrammen, Anzahl und Dauer von Klinikaufenthalten, IV-Bezüge resp. –anmeldungen (vgl. *Erhebungstabelle* im Anhang). Grundlagen dieser Erhebungen waren monatliche Belegungsstatistiken, KlientInnendossiers, Daten aus dem Krankenkassenwesen usw.

Personaldaten: Stellenschlüssel, Qualifikation. Diese Daten wurden betriebsintern erhoben.

Statistik zu Anfragen für Aufnahmen ins EPZ und zur Belegung

Daten zu Kostenvergleichen: Die Daten zu Kostenvergleichen mit akutpsychiatrischen und sozialpädagogischen Einrichtungen wurden in der eigenen Organisation ermittelt. Quellen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und der Interessengemeinschaft für Sozialpsychiatrie Zürich dienten als Grundlage für die Vergleichsanalysen.

Erhoben wurden zudem Daten zur Herleitung einer Kosten- und einer Ertragsfunktion, mit dem Ziel, die Wirkung von Stellenschlüssel und Qualifikation des Personals auf die Anzahl generierter PatientInnentage aufzuzeigen. Mittels Grenzkostenanalyse wurde anschliessend die Bandbreite für einen aus ökonomischer Sicht optimalen Stellenschlüssel ermittelt.

Die quantitativen Erhebungen (deskriptive Statistiken) wurden jeweils mit Kommentaren ergänzt. Da die Qualität der Daten statistisch in Bezug auf Verlässlichkeit, Homogenität und Validität nicht gesichert ist und zusätzlicher Erhebungen bedürfte, folgt dem quantitativen Teil immer auch ein qualitativer Teil.

3.5 Qualitätskontrolle und Gütekriterien

Repräsentativität

Bei den statistischen Erhebungen handelt es sich um eine Vollerhebung (alle KlientInnen des Jahres 2002). Aufgrund der gegebenen Erhebungssituation war es möglich und sinnvoll, alle Elemente der Grundgesamtheit zu untersuchen. Bezogen auf die KlientInnen des EPZ im Jahr 2002 sind die Aussagen deshalb repräsentativ. Nicht repräsentativ sind sie bezogen auf die Gesamtpopulation der psychisch kranken/traumatisierten Asyl Suchenden der Schweiz. Unstatthaft wären auch Schlüsse auf die Gesamtheit aller Asyl Suchenden in der Schweiz, da kein Wahrscheinlichkeitsstichprobenverfahren angewandt, sondern eine Gruppe von Menschen mit sehr spezifischen Eigenschaften (z.B. hohe Vulnerabilität) untersucht wurde. Aufgrund des begrenzten Umfanges der Studie war es nicht möglich, die untersuchten Personen mit einer Kontrollgruppe zu vergleichen.

Gütekriterien

Als Gütekriterium der Erhebung gilt entsprechend der vorwiegend qualitativen Erhebung die Nachvollziehbarkeit. Eine Objektivierung soll gerade durch die transparente analytische Problemerkfassung und durch das Sichtbarwerden des Forschungsprozesses hergestellt werden.

Notwendige (wenn auch nicht hinreichende) Bedingungen für die Validität der Ergebnisse sind auch Super- und Intervision, die wissenschaftliche Begleitung der Forschung durch aussenstehende Experten sowie genügend gute Beziehungen der ForscherInnen zu den InformantInnen.

Qualitative Daten: Testung der Reliabilität durch Wiederholung und Überprüfung der Erhebung nach sechs Monaten.

4 Rahmenbedingungen

4.1 Das EPZ: ein Überblick

Zielgruppe:

Personen mit Status N oder F (Asyl Suchende und vorläufig Aufgenommene) oder (selten) anerkannte Flüchtlinge mit Traumatisierungen, psychischen oder sozialen, migrationsbedingten Schwierigkeiten (z.B. Psychosen, Schizophrenien, Depressionen, posttraumatischen Störungen, Misshandlungen), welche die üblichen Strukturen im Asyl-, Sozial- und Psychiatriebereich überfordern oder dort keine ihnen entsprechende oder geeignete Hilfe erhalten. Es sind dies erwerbstätige wie nichterwerbstätige Männer, Frauen und Familien, die ihren Alltag (Haushalt, Kochen) selbständig bewältigen können, nicht pflegebedürftig sind, aber eine spezifischere und intensivere, ihrem Migrationshintergrund entsprechende Betreuung brauchen.

Angebot:

a) Teilstationär:

Das EPZ kann für die genannte Zielgruppe insgesamt 100 Plätze zur therapeutischen Begleitung vor Ort anbieten, inklusive Sozialhilfe, wo dies nötig ist. Tagesstrukturen werden extern organisiert. Die Wohngruppen leben in 3- oder 4-Zimmer-Wohnungen, vorwiegend verteilt auf drei Wohnhäuser in Zürich. Für Einzelpersonen steht jeweils ein Zimmer zur Verfügung.

Die Betreuung in Zusammenarbeit mit den verschiedensten Fachstellen wird von einem Fachteam, bestehend aus EthnologInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, von Montag bis Freitag gewährleistet. Die Fachpersonen arbeiten vor Ort, die Büros befinden sich jeweils im untersten Geschoss der Wohnhäuser der Klientel. Es gibt keinen Wochenend- und keinen Nachtdienst.

b) Konsiliarisch:

Das EPZ ist auch konsiliarisch tätig im Asylbereich, wie auch in der interinstitutionellen Zusammenarbeit mit der Psychiatrie. Dieser Bereich ist jedoch finanziell nicht geregelt und wird bisher nur nach Möglichkeit abgedeckt und nicht bei Bedarf. Die Entwicklung von

neuen Ansätzen und die Spezialisierung des EPZ im Bereich Migration und Gesundheit, insbesondere für psychisch kranke und traumatisierte MigrantInnen unterschiedlichster Herkunft (im speziellen asylsuchende Alleinstehende und psychisch Kranke mit ihren Familien) führte zu einer grossen Nachfrage nach einer beratenden Tätigkeit, die jedoch das stationäre Angebot übersteigt.

Die Publikationen des EPZ (vgl. *Literaturliste*) zu dessen Praxiserfahrungen und Entwicklung neuer Ansätze auf dem Gebiet von Trauma, Migration und Gesundheit sind europaweit auf wissenschaftliches Interesse gestossen. Dies hat dazu geführt, dass das EPZ mittlerweile nicht nur in der ganzen Schweiz, sondern auch in Deutschland und Österreich ein - in Bezug auf die Fakultäten komplementärer - Ort der Reflexion betreffend gesundheitsfördernder, migrantInnenfreundlicher ethnopsychologischer Herangehensweisen und Konzepte geworden ist. Diesen Reflexionen liegen hauptsächlich Erfahrungen und Wissen aus Theorie und Praxis von Ethnologie, Ethnopsychologie und Ethnopsychoanalyse zugrunde. So nehmen die Anfragen für Praktikumsplätze aus der Schweiz und aus Deutschland und Österreich von Ethnologie- und PsychologiestudentInnen jährlich zu. Das EPZ beschäftigt seit Jahren immer wieder PraktikantInnen aus den Fachbereichen Ethnologie und Psychologie. Ebenfalls werden die EthnopsychologInnen des EPZ immer wieder für Referate an Universitäten in der Schweiz, Deutschland und Österreich angefragt wie auch für Begleitungen von Forschungen oder „Rapid Assessments“ in diesem Bereich.

Zielsetzung:

Bei der Definition der Ziele wurde Wert auf eine psychische wie auch soziale Integration gelegt, da die eine ohne die andere nicht möglich ist.

Mit dem Kanton Zürich wurde folgender Leistungsauftrag vereinbart:

Leistungsauftrag

Das Ethnologisch-Psychologische Zentrum verpflichtet sich, Personen des Asylrechts im Rahmen des nachfolgend vereinbarten Leistungsspektrums zu betreuen.

Auftrag (qualitativ)

1. Fallbeurteilung, Abklärung der Zuständigkeit und Empfehlung von Massnahmen bei Problemen psychosozialer Natur.
2. Unterbringung sowie fürsorgerische und psychologische Betreuung von Personen der Zielgruppe.
3. Stationäre oder ambulante Nachbetreuung nach Klinikaustritt.
4. Zusammenarbeit mit Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens, namentlich mit psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien sowie HausärztInnen und allen im Asylwesen tätigen Einrichtungen und Personen.
5. Abklärung, Beratung und Begleitung bei Fremdplatzierungen.
6. Erledigung der administrativen Arbeiten, die sich aus dem Fachauftrag ergeben (Abrechnungswesen, Berichterstattung, Falldokumentation).

Leistungsumfang (quantitativ)

Kapazität: 100 Plätze.

Angestrebte Wirkungen

1. Senkung der Gesundheitskosten mittels
 - fachgerechter und kostengünstiger Versorgung der Zielgruppe und
 - Vernetzung der involvierten Institutionen und Fachleute (im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen).
2. Verminderung von Dissozialität und Verwahrlosung, Stabilisierung der KlientInnen.
3. Entlastung der regulären Unterbringungs- und Betreuungsstrukturen, Verminderung der Betreuungsintensität durch Förderung der Selbständigkeit und Stärkung der vorhandenen Ressourcen der KlientInnen.
4. Förderung der sozialen Reintegrations- und der Rückkehrfähigkeit.

4.2 Struktur, Verwaltung, Organisation und Betreuung im EPZ

Das EPZ ist für die Betreuung und die entsprechende Sozialhilfe der Asyl Suchenden nach den üblichen Richtlinien des Kantons Zürich zuständig. Die Sozialhilfeabgabe erfolgt durch die Betreuungspersonen. Der Zugang zu dieser Zielgruppe erfolgt vor allem über den Alltag und nicht allein über das Gespräch. Viele der asylsuchenden MigrantInnen mit schweren Traumatisierungen und psychischen Erkrankungen können ihre Probleme nicht verbalisieren, zeigen sie jedoch in ihren Lebensäusserungen, z.B. in den Beziehungen zu den Fachpersonen, zu den MitbewohnerInnen (vgl. Kap. 5.6, *Trauma*).

Die Interdependenz der verschiedensten Lebensbereiche (Gesundheit, Ökonomie u.a.m.) impliziert einen kontextbezogenen betreuenden Zugang (vgl. Kap. 5.1, *Der ethno-psychologische Ansatz*). Dessen Umsetzung erfordert eine entsprechende Methode. Das Arbeiten im Feld, d.h. im Alltagskontext der Asyl Suchenden, bietet die Möglichkeit zur Wahrnehmung möglichst vieler Lebensbereiche. Dadurch kann die Problematik dieser KlientInnen in ihrer Gesamtheit besser erfasst und reflektiert werden. Die „an“-teilnehmende Beobachtung führt zu Einsichten und Möglichkeiten des Auffangens, die in einem gängigen therapeutischen Setting in dieser Form nicht möglich sind.

Was heisst „niederschwellig“ im EPZ?

Wie bei anderen teilstationären Einrichtungen ist eine Aufnahme ins EPZ mit Vorabklärungen und Vorgesprächen mit den Asyl Suchenden und den bisher zuständigen Fachleuten verbunden. Die Struktur des EPZ ist jedoch in sich niederschwellig: Nach einer Aufnahme ins EPZ ist die Präsenz der Fachpersonen von Montag bis Freitag zu Bürozeiten in der Regel gewährleistet. Da die meisten Asyl Suchenden im EPZ wohnen, ist es einfach für sie, ins Büro zu kommen. Manche sind ausgezogen und werden übergangsweise vom EPZ weiterbetreut, bis die Fallübergabe an eine andere Einrichtung möglich ist. Dank eines offenen Settings sind (telefonische) Anmeldungen nicht notwendig. Die sprachlichen und sozialen Barrieren sind so ausgeschaltet. Da die KlientInnen in Wohngruppen leben, werden auch ihre MitbewohnerInnen manchmal zu wichtigen „InformantInnen“ im ethno-psychologischen Sinne: Häufig kommen sie stellvertretend für eine Person, die sich in einer akuten Krise befindet, ins Büro und informieren über deren Situation. So gibt es durch das Zusammenwohnen im gleichen Haus zwar Konflikte und eine Form sozialer Kontrolle, jedoch sind auch gegenseitige Hilfestellungen möglich.

Für die FachmitarbeiterInnen besteht jederzeit die Möglichkeit, ohne grossen Zeitaufwand die Wohnungen der KlientInnen aufzusuchen, was gerade bei suizidgefährdeten Personen von Bedeutung ist.

Innerhalb dieses kontextbezogenen Ansatzes braucht es Raum für die Gespräche therapeutischer Art, für die Arbeit mit Gruppen innerhalb der Einrichtung sowie für Sitzungen, Abklärungsgespräche, Eintrittsgespräche, Intervision und Supervision. Diese Räume sind multidimensional zu verstehen, zeitlich, räumlich und psychisch, damit eine hilfreiche therapeutische Haltung eingenommen werden kann (vgl. *Konzept* im Anhang).

Die FachmitarbeiterInnen sind nebst den betreuenden Aufgaben auch für die fürsorgliche Unterstützung zuständig und erledigen die gesamte fallbezogene Administration und alle fallbezogenen Abklärungen, welche die Bereiche Wohnen, Gesundheit, Tagesstruktur, Finanzen, Kostengutsprachen, Ein- und Austritte, Schule, Kindergarten, Beistandschaften, resp. Vormundschaften u.a.m. umfassen. Aufgabe der Betreuung ist auch die Bewirtschaftung der Häuser (Reparatur- und Lieferaufträge, Anträge für Renovationen, Verantwortung für Sicherheit und Hygiene sowie die Organisation des Haus-/Putzdienstes). Die verwaltenden und die betrieblichen Aufgaben benötigen etwa die Hälfte der Arbeitszeit der FachmitarbeiterInnen, wodurch häufig zu wenig Zeit bleibt für die psychosozialen und therapeutischen Hilfestellungen.

Die Rahmenbedingungen in Zahlen, inklusive Personalschlüssel:

Für die Fachpersonen stehen inklusive Leitung 560 Stellenprozente zur Verfügung, die Gesamtadministration des EPZ beansprucht zusätzliche 80 Stellenprozente. Dabei nicht eingeschlossen sind die handwerklichen und haustechnischen Arbeiten für die Häuser des EPZ wie auch die Overhead-Kosten der Asyl-Organisation Zürich.

Zusätzlich sind zweiwöchentliche Supervisionsstunden zu 1,5 Std. zu berücksichtigen.

Den einzelnen Fachleuten, welche für die ethnopsychologische Betreuung inkl. der oben erwähnten Sozialhilfe und die Bewirtschaftung der Häuser (Logistik) zuständig sind, stehen je 80 Stellenprozente zur Verfügung (inklusive Teamsitzungen, externe Sitzungen, Inter- und Supervision). Sie sind zuständig für je maximal 20 BewohnerInnen, bei Krankheit oder Ferien einer anderen Fachperson können es bis zu 40 BewohnerInnen sein.

Die max. Betreuungs- resp. Aufnahmekapazität des EPZ liegt bei 100 Personen. Das bedeutet gesamthaft einen Aufwand von 6,4 Stellenprozente pro KlientIn/Woche (2.69 Std.). Allein für die Betreuung stehen 4,5 Stellenprozente pro Asyl Suchender zur Verfügung, d.h. 1.89 Std. pro Woche. Darin inbegriffen sind auch klientInnenbezogene Aufgaben, die nicht im direkten KlientInnenkontakt stattfinden (Administration, Abklärungen, Telefonate, Dossierführung, Sitzungen, Intervision, Koordination, Bewirtschaftung der Häuser und Wohnungen).

4.2.1 Probleme

Die Situation im EPZ muss, in der Form wie sie sich jetzt darstellt, als Notstand bezeichnet werden. Die Komplexität der Administration sowie der quantitative administrative Aufwand für diese Klientel haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Die EPZ-Klientel ist betreuerisch unterversorgt, was zu einer starken Unzufriedenheit bei der Klientel führt und auch beim Personal permanenten Stress und Gefühle der Unzulänglichkeit auslöst. Bei Ferien wird der durchschnittliche Betreuungsschlüssel noch knapper. Wird dann noch eine Fachperson krank, droht das Team zusammenzubrechen, und die Einrichtung ist nicht mehr führbar. Die Krisen infolge unzureichender Betreuungskapazität zeigen sich in der 10-jährigen Erfahrung des EPZ in unterschiedlicher Weise:

Es gibt bei den KlientInnen eine zunehmende Gewaltbereitschaft bis hin zu Affektausbrüchen mit Selbst- und/oder Fremdgefährdung. Die Frustrationstoleranz ist bei traumatisierten und psychisch kranken Menschen, die zudem über längere Zeit in prekären Lebensbedingungen ohne Perspektiven ausharren müssen, heruntergesetzt. Jede zusätzliche Frustration kann zu einer schweren Krise führen. Bei häufigen Kriseninterventionen ist die Kontinuität der Betreuung der anderen KlientInnen in Frage gestellt, und es gibt Wartezeiten für ihre dringenden Probleme. Manche der KlientInnen ziehen sich dann entweder zurück oder kommen stark unter Druck. Dieser Druck wird häufig an das Personal weitergeben, denn die Fachleute des EPZ sind in vielen Fällen die einzigen Ansprechpersonen für diese Zielgruppe, so wie auch das EPZ für viele der einzige Beziehungsraum und ihre aktuelle Lebenswelt darstellt.

Anders als in einer Psychiatrischen Klinik gibt es im EPZ in Notfallsituationen keine sofort abrufbare zusätzliche personelle Unterstützung, und immer wieder tritt der Fall ein, dass eine Fachperson allein im Haus arbeitet.

Fazit: Je knapper der Betreuungsschlüssel, desto mehr nehmen die Krisen zu (vgl. SIMONET, 2002). Die zu knappe personelle Betreuung führt zu schwierigeren und auch kostenintensiveren Krisen, die häufig mit Klinikeinweisungen verbunden sind (vgl. Tab. 6.7), sodass auch beim Personal die Belastungen zunehmen. Schwere Krisen sind nur mit genügender und genügend qualifizierter personeller Besetzung aufzufangen. Durch eine personelle Unterbetreuung wird auch der interdependente, kontextbezogene und niederschwellige Ansatz und dessen therapeutische Wirkung hinsichtlich gesundheitlicher Verbesserungen, Stabilisierung oder Verlangsamung von Invalidisierungsprozessen in Frage gestellt.

4.2.2 Empfehlungen

Stellenschlüssel

Der Stellenschlüssel für das gegenwärtige Angebot müsste mindestens mit 3 zusätzlichen therapeutischen MitarbeiterInnen zu je einem Pensum von 80 % erhöht werden (bei gleichbleibender Betreuungskapazität), um auch Ferienabwesenheiten und andere Absenzen besser abdecken zu können.

Optimales Angebot

- Differenzierung des stationären Angebotes unter Einbezug eines ambulanten Angebotes

Eine Differenzierung des Angebotes mit einem ambulanten ist aus verschiedenen Gründen anzustreben:

Die zunehmende administrative Sachbearbeitung sowie die Budgetauszahlung sollte fallbezogen von einer zusätzlichen Stelle innerhalb des EPZ geleistet werden, auch um allfälligen Rollenkonflikten und paranoiden Ängsten vieler KlientInnen mit einer Trennung dieser beiden Bereiche entgegen wirken zu können. Wichtig ist dabei, dass diese Differenzierung fallspezifisch innerhalb des EPZ vorgenommen werden kann, auch in verschiedenen Phasen der Betreuung, wie z.B. in Zeiten des Übergangs zu einer grösseren Autonomie. Die meisten KlientInnen müssen noch eine gewisse Zeit ambulant nachbetreut werden. Dies wirkt auch einem möglichen Hospitalismus entgegen. Ebenfalls ist anzufügen, dass eine ambulante Betreuung kostengünstiger ist (vgl. Kap. 6.1 *Kostenvergleich*). Es ist aber sinnvoll, dass dieser Bereich gesamthaft im EPZ bleibt und ein unmittelbarer Austausch stattfinden kann, aufgrund der Interdependenz der Gesamtproblematik und aufgrund der jahrelangen Erfahrung und des entsprechenden „know-hows“.

- Differenzierung des stationären Angebotes unter Erweiterung des Konsiliarischen Dienstes

(Beratung, Gruppensitzungen, Bildung und Forschung)

Die wissenschaftliche, fachliche und praktische institutionelle Vernetzung des EPZ wurde nicht nur vom EPZ initiiert, sondern aufgrund der vermehrten Anfragen interessierter Stellen aus Forschung und Praxis. Bisher konnte das EPZ diesem Aspekt jedoch nur minimale Aufmerksamkeit im Rahmen seiner Tätigkeit schenken. Nur durch persönliches

freiwilliges Engagement über den Stellenschlüssel hinaus konnte sich das EPZ auch fachlich etablieren.

Insofern ist der konsiliarische auch derjenige Teil, der je länger je mehr an Bedeutung gewinnt. Er ist innerhalb der Struktur des EPZ als Teil einer zukünftigen Differenzierung (strukturell differenziert) mit einzubeziehen.

Eine Optimierung (optimaler Synergieeffekt) der EPZ-Struktur sähe sodann wie folgt aus:

Die optimale Einrichtung EPZ besteht aus drei Angeboten:

- a) *Teilstationäres Angebot* (siehe die meisten Ausführungen zum EPZ)
- b) *Ambulantes Angebot* (siehe Differenzierung des Angebotes)
- c) *Konsiliarisches Angebot*: Beratung, Fallbesprechungen im Asyl- bzw. Sozialbereich und Gruppensitzungen mit Fachleuten und Klientel aus Medizin und v.a. Psychiatrie und Traumabereich (Akutpsychiatrie sowie Ambulatorien), sowie Ausbildung und Forschung

Kriseninterventionen und Betreuungsschlüssel

Frustrationen, Ängsten und Aggressionen der Asyl Suchenden (mit Selbst- und Fremdgefährdung) wie auch Rückfällen in schwere psychische Krisen kann mit einer erhöhten Präsenz des Betreuungspersonals entgegengewirkt werden.

Präsenzzeiten in den Büros

Für die spontane Hilfe und für längere Besprechungen und Problembearbeitungen müssen die Büros von Montag bis Freitag zu Bürozeiten geöffnet sein. Damit diese Präsenzzeiten gewährleistet sind, braucht es immer mindestens drei Personen pro Betreuungseinheit. Einerseits zur Hilfestellung bei Kriseninterventionen, bei Notfällen, Besprechungen und Sitzungen (v.a. Gruppensitzungen, vgl. Kapitel 5.2.5, *Gruppensettings*), andererseits auch bei kürzeren und längeren Abwesenheiten der BetreuerInnen (Begleitungen in Kliniken, externe Sitzungen wie z.B. Besprechungen bei Vormundschaftsbehörden, Krankheit und Ferien).

Sicherheit

Ebenfalls ist ein minimales Sicherheitsdispositiv unabdingbar, d.h. es sollte nur ausnahmsweise eine Person alleine arbeiten. In kritischen Situationen braucht es jeweils eine Person für die Begleitung der Person, die sich in einer Krise befindet, und eine andere für die Organisation von Notfallpsychiater, Ambulanz, Arzt, Polizei usw. Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn mehrere Personen gleichzeitig in eine Krise involviert sind (z.B. bei psychischer Krankheit eines Familienmitglieds und der daraus entstandenen Gewalt in der Familie) oder bei Fremd- oder Selbstgefährdung. Für die Gewährleistung minimaler Sicherheit und die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit ist die Anwesenheit von 3 Fachpersonen erforderlich. Dies ist nur mit einer Erhöhung des aktuellen Stellenschlüssels des EPZ's möglich.

Mindestgrösse der Einrichtung

Eine effektive Betreuung dieser Risikogruppe in einer niederschweligen Einrichtung wie dem EPZ erfordert aus Gründen der Sicherheit, des Austausches, der Notwendigkeit gegenseitiger Hilfeleistungen und der Vertretungen eine Mindestgrösse. Diese liegt zur Zeit für die Gesamteinrichtung EPZ (drei Wohnhäuser mit ca. 80-100 Plätzen) bei 8 Personen (durchschnittlich 80 % Stellenprozenten pro Anstellung). Aus obgenannten Gründen sollte das Team auf keinen Fall kleiner als 8 Personen sein.

Pensum der Betreuung

Zur Wahrung der Kontinuität der Betreuung ist ein Pensum pro Fachperson von 80 Stellenprozenten in dieser Struktur das erforderliche Minimal- wie auch Idealpensum (auch wegen „burn-out“). Darin inbegriffen sind sämtliche Sitzungen (intern und extern), inklusive Intervision (intern und extern) und Supervision. Dies ist im EPZ jedoch nur bei einem zukünftig höheren Stellenschlüssel, d.h. bei weniger Fällen pro Betreuungsperson zu bewerkstelligen.

Gruppenansätze

Die Komplexität der Betreuung von traumatisierten und psychisch kranken Asyl Suchenden sowie die Niederschwelligkeit der Einrichtung erfordern Gruppenansätze für das Team wie auch für die Klientel (vgl. Kapitel 5.2, *Zur Bedeutung der Gruppenkonzepte*). Die Gruppenansätze dienen nicht nur der Vorbeugung möglicher traumatisierender Übertragungen auf das Personal (sog. „Ansteckung“ des Traumas), sondern auch der Entlastung. Dies ist von zentraler Bedeutung, da mit der Anteilnahme an den häufig schwer erträglichen Lebensäußerungen im Feld (d.h. am Wohnort der Asyl Suchenden) hohe Belastungen verbunden sind. Es ist nachvollziehbar, dass bei genügend Austauschmöglichkeiten einem „burn-out“ und damit einer aufwändigen Personalfluktuations entgegen gewirkt werden kann. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Betreuung aus.

Obwohl die KlientInnen jeweils einer bestimmten Fachperson, die auch Beziehungsperson ist, zugeordnet sind, macht es der Gruppenansatz möglich, dass die verschiedenen FachmitarbeiterInnen die KlientInnen ihrer MitarbeiterInnen ebenfalls gut kennen. So kann auch bei Abwesenheit einer Fachperson die Kontinuität sichergestellt werden.

4.3 Standort des EPZ

Das EPZ befindet sich in einem zentral gelegenen Quartier der Stadt Zürich. Als niederschwellige Einrichtung braucht das EPZ ebenso niederschwellige Möglichkeiten zur Frequentierung anderer Einrichtungen, die mit dem EPZ zusammenarbeiten (vgl. Kap. 5.4., *Interinstitutionelle Zusammenarbeit*). Manche der EPZ-BewohnerInnen können keine längeren Wegstrecken zurücklegen oder dann nur in Begleitung oder mit besonderen Transportmitteln. Die öffentlichen Transportmittel stellen für einige schon eine schwer überbrückbare Schwelle dar.

4.3.1 Problem

Die zentrale Lage erfordert eine Kompromissbereitschaft, da sie sich negativ auf die Wohnqualität, den Wohnstandard und die Wohnsituation auswirkt. Die Gründe dafür liegen in den fehlenden Möglichkeiten, ein geeignetes Wohnobjekt kostengünstig zu kaufen oder zu mieten bzw. in den strukturellen und finanziellen Einschränkungen. So kommt es, dass sich eines der drei Häuser des EPZ an der meistbefahrenen Strasse von ganz Zürich befindet, mit entsprechender Lärmbelastung und ohne Umschwung. Die BewohnerInnen können weder vor ihrem Haus sitzen noch können ihre Kinder dort spielen. Es gibt also keinerlei Spiel- oder Freiräume, was von den Asyl Suchenden wie auch von den Betreuungspersonen als zusätzlicher Stress erlebt wird.

4.3.2 Empfehlung

Eine gesundheitsfördernde Einrichtung sollte Standards in Bezug auf die Wohnqualität festlegen, die bestimmte gesundheitliche Anforderungen nicht unterschreiten. Es braucht z.B. Sitz- und Spielraum vor den Häusern und eine relativ ruhige Lage. Traumatisierte und psychisch kranke Menschen leiden oft an unterschiedlichsten Schmerzen und Ängsten. Eine gewisse Ruhe sollte deshalb durch die Wohnlage sichergestellt sein. Ebenfalls dürfen die Spielplätze vor dem Haus nicht an gefährlichen Strassen liegen, und bestimmte Gegenden (Drogen und Sexmilieu) sollten nicht als Standort für eine solche Einrichtung dienen. Mietobjekte an solchen Wohnlagen werden jedoch meist als einzige Möglichkeit angeboten, aufgrund der Marginalität dieser MigrantInnengruppe und der Preislage.

Für die Betreuungspersonen wie auch für die Klientel ist es wichtig, dass die Betreuungseinheiten räumlich nahe zusammenliegen (schnell zu Fuss erreichbar), damit eine effiziente intrainstitutionelle Zusammenarbeit möglich ist. – Ebenfalls von Bedeutung ist, dass sich

eine Einrichtung wie das EPZ an zentraler Lage befindet. Aufgrund der interinstitutionellen Zusammenarbeit, die in diesem Tätigkeitsfeld für das Personal wie für die Klientel Alltag ist, müssen auch andere Einrichtungen einfach und schnell erreichbar sein (vgl. Kap. 5.4., *Interinstitutionelle Zusammenarbeit*). Die EPZ- KlientInnen können durch die zentrale Lage die für sie wichtigen Tagesstrukturen und andere Hilfsangebote wie Arbeitsvermittlung, Beschäftigungsprogramme, geschützte Werkstätten, Behörden, Ärztinnen und PsychiaterInnen wie auch Kliniken und psychiatrische Einrichtungen in der Regel selbständig oder in Begleitung ohne allzu grossen und kostenintensiven Aufwand aufsuchen.

Durch das Leben in der Stadt werden die Ressourcen („empowerment“) der Asyl Suchenden mobilisiert, denn so können die sozialen Netze der Asyl Suchenden (Verwandte, „community“) gefördert und ihre Lebenswelten auch ausserhalb des EPZ miteinbezogen werden. Das Leben in der Stadt kann ausserdem der sozialen Isolation entgegenwirken. Beispielsweise findet sich in der Stadt eher jemand, der die gleiche Sprache spricht und ähnliche Aktivitäten unternimmt, die dann auch nach einem Austritt aus dem EPZ weiterverfolgt werden können. Genauso verhält es sich mit der Arbeit und mit den medizinischen und psychiatrischen Versorgungen. Die für die unterschiedlichen externen medizinischen und psychiatrischen Behandlungen nötige Kontinuität und Auswahl (z.B. hinsichtlich Sprache und „background“) ist in der Stadt besser gewährleistet und erhöht die Compliance der KlientInnen und damit die Chance zur Besserung des Gesundheitszustandes.

Viele MigrantInnen, die vom EPZ betreut werden, können ihr Alltagsleben weiterführen. Die hohe Durchlässigkeit und „der kaum bemerkbare Übergang von innen (Einrichtung) und aussen (das Umfeld ausserhalb des EPZ) wird durch das Einbeziehen des Umfeldes noch unterstützt“ (SCHÄR SALL, 2001:99).

Dank der zentralen Lage können Familien als ganze Einheit aufgenommen und in ihrer umfassenden Problematik betreut werden. Da die Kinder die Schulen in der Umgebung besuchen können, müssen die Familien bei einer Aufnahme nicht getrennt werden. Für viele Asyl Suchende Familien ist das EPZ die einzige Möglichkeit, wo sie als Einheit stationär betreut werden können. Ambulante familientherapeutische oder familienstützende Angebote mit Berücksichtigung des familiären, soziokulturellen und migrationsspezifischen Hintergrundes gibt es für diese MigrantInnengruppe kaum. Zudem ist die Schwelle, ein solches Angebot zu nutzen, für viele zu hoch. In Bezug auf die Kinder sind dringend Hilfestellungen gefragt. Alle Kinder, die im EPZ wohnen, haben einen Elternteil, der psychisch schwer erkrankt ist. Sie benötigen dringend fachliche Vermittlung bei den involvierten Stellen (Schulen, Kindergärten, Schulpsychologischer Dienst u.a.m.) (vgl. Kap. 5.8, *Asylsuchende Kinder und Jugendliche*).

4.4 Aufnahmekriterien, Aufnahmegespräch und Wohnen

4.4.1 *Aufnahmekriterien*

Als Aufnahmekriterien gelten psychosoziale und psychische Beeinträchtigungen, wobei eine Freiwilligkeit des Eintritts seitens der KlientInnen vorausgesetzt wird. Ein Einverständnis zur Aufnahme muss auch seitens des Teams bestehen. Weitere Voraussetzungen sind eine gewisse Selbständigkeit in der Alltagsbewältigung, wie auch eine minimale Bereitschaft zur „Co-Konstruktion“ oder eine minimale Fähigkeit, ein Arbeitsbündnis mit den Fachleuten einzugehen. (Wir bevorzugen den Begriff der „co-construction“ aus dem Französischen, der den gemeinsamen Aufbau von etwas, also auch das freiwillige Arbeitsbündnis mit der Bezugsperson im EPZ betont, welches Voraussetzung für die Betreuung oder ein therapeutisches Setting ist - im Unterschied zum Begriff der „compliance“, welcher eher die Willfährigkeit beinhaltet.)

Deutschkenntnisse der Klienten sind von Vorteil, aber nicht Bedingung.

4.4.2 *Das Aufnahmegespräch*

Jedem Eintritt geht ein Aufnahmegespräch voraus, bei dem immer auch eine Übersetzung beigezogen werden sollte. Nebst einer Abklärung und dem gegenseitigen Kennenlernen hat das Gespräch den Sinn eines bewussten Übergangsrituals. Der Umzug von einer Einrichtung in eine andere aktualisiert bei den meisten Asyl Suchenden die Fluchterfahrung, also eine Krisenerfahrung, wo Brüche sozialer und psychischer Art erlebt werden. Dem kann mittels Übergangsritualen wie dem Aufnahmegespräch entgegengewirkt werden. Ebenso ist die Vertrauensbildung schon vor dem Eintritt bedeutsam. Das Aufnahmegespräch ist ein Instrument dazu. Bei den Aufnahmegesprächen muss zudem die Rolle der Fachleute genau geklärt werden (z.B. in Abgrenzung zur Rolle einer Behörde), und es wird über die Schweigepflicht der Fachpersonen informiert.

Eine sorgfältige Vorabklärung und ein sorgfältiges Aufnahmegespräch sind oft entscheidend für den weiteren Verlauf und die Vermeidung von Fehlentscheiden. Zusätzlich gibt es nach dem Gespräch eine kurze Bedenkfrist und unter Umständen (auf Wunsch des EPZ oder der KlientInnen) ein zweites Gespräch.

4.4.3 Wohnen

Wo immer möglich steht die selbständige Alltagsbewältigung der Klientel im Vordergrund. Manche KlientInnen sind jedoch nicht mehr oder nicht jederzeit in der Lage, selbständig den Haushalt zu führen. Hier wird eine externe Unterstützung (Spitex, Familienbegleitung, Freiwillige) oder eine Unterstützung durch MitbewohnerInnen geleistet, sofern es sich nicht um eine intensive pflegerische und haushälterische Versorgung handelt.

In der Nacht können die Asyl Suchenden in Notfällen den ärztlich/psychiatrischen Notfalldienst selbst organisieren, häufig wird diese Aufgabe auch von den MitbewohnerInnen übernommen.

4.4.4 Probleme betreffend Aufnahme und Wohnen

Ein Eintritt sollte möglichst bald nach der Anmeldung erfolgen. Zur Zeit sind die Wartezeiten viel zu lange. Einerseits ist das Angebot kleiner als die Nachfrage, andererseits gestaltet sich die Fallübergabe von EPZ-KlientInnen, die das Angebot nicht mehr benötigen, an eine andere Stelle aus strukturellen Gründen (auch wegen Belastung aufgrund zu hoher Fallzahlen) oft sehr schwierig bis unmöglich.

Unterschiedliche Hygienevorstellungen geben oftmals zusätzlich Anlass zu Unruhe und Konflikten. Viele BewohnerInnen sind aufgrund ihrer Krankheit nicht in der Lage, für Sauberkeit in den Gemeinschaftsräumen zu sorgen - auch nicht unter Anleitung oder mit einem Putzplan. So bleiben Küchen, Bad und WC häufig verschmutzt. Diese äusseren Zeichen der Verwahrlosung sind Ausdruck eines Teils der innerpsychischen Welt dieser Klientel, wie auch unterschiedlicher weiblicher und männlicher Rollenvorstellungen.

4.4.5 Empfehlungen

Es gibt keine Aufnahmen ins EPZ ohne gegenseitiges Einverständnis.

Familien dieser Risikogruppe sollten nach Möglichkeit für sich alleine wohnen können. Alleinstehenden Personen steht ein eigenes Zimmer zur Verfügung. Sie wohnen in Wohngruppen. Die Wohngruppe, die sich Bad und Küche teilt, sollte die Belegungszahl - aufgrund der oben genannten Krisen- und Konfliktpotenziale dieser Risikogruppe - pro Wohnung von 4-5 Personen nicht übersteigen.

Beim Wohnen muss auf die Konstellation der BewohnerInnen Rücksicht genommen werden. Der ethnische Hintergrund kann, muss aber nicht Kriterium für die Zusammensetzung einer Wohngruppe sein. Die psychischen und sozialen Erscheinungsbilder (vgl. Tab. 6.15) spielen ebenfalls eine grosse Rolle. Je nach Problematik (z.B. gender violence) und je nach Wunsch ist eine Unterbringung in Frauen- bzw. Männerwohngemeinschaften angezeigt (vgl. Kap. 5.7, *Gender, Migration und Gesundheit*).

Eine Einrichtung mit psychisch kranken Menschen erfordert eine institutionalisierte, mehr oder weniger professionelle externe Putzequipe. Diesem Umstand wird finanziell jedoch nicht Rechnung getragen, und es bedeutet für das Personal zur Zeit eine aufreibende, berufsferne Mehrbelastung, die Reinigung und Instandhaltung der Häuser auch nur minimal zu regeln. Ein gewisser Sauberkeitsstandard ist jedoch wichtig, z.B. sind Abfälle rund ums Haus oft Stein des Anstosses, verärgern Nachbarschaft wie auch PassantInnen und fördern fremdenfeindliche Haltungen. Auch aus hygienischen Gründen ist es wichtig, die Sauberkeitsstandards einzuhalten und weitere Gesundheitsrisiken dieser ohnehin schon vulnerablen Gruppe zu vermeiden.

Ein weiteres Problem stellt die unsichere Wohnsituation dar. Da die Häuser gemietet sind, muss jederzeit mit Kündigungen gerechnet werden. So leben nicht nur die Asyl Suchenden in einer zusätzlichen Unsicherheit, sondern auch das Personal, bzw. die Einrichtung selbst. Befindet sich jedoch schon das Personal in einer unsicheren Lage, ist es schwierig, den Asyl Suchenden auch nur ein minimales Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Eine minimale Sicherheit bezüglich des Wohnraums und der Einrichtung ist ein primärer gesundheitsfördernder Faktor und ist demnach als Standard für eine „genügend gute Einrichtung“ im Sinne von Winnicotts Begriff der „genügend oder hinreichend guten“ (good enough) Mutter zu definieren (WINNICOTT 1994:11). Winnicott umschreibt dies wie folgt: „Es ist ein Zustand der übermässigen Empfindsamkeit (..) dessen die Mutter fähig sein muss, um dem Kind die Bedingungen zu schaffen, in denen seine eigenen Entwicklungstendenzen (..) sich entfalten können“. Der Begriff „good enough“ in diesem Sinne gilt sowohl für die Betreuung wie auch für die Rahmenbedingungen und die Institution.

4.5 Personalqualifikation

Die Arbeit im EPZ erfordert ein fachlich hochspezialisiertes Team mit beruflichen Qualifikationen wie Hochschulabschluss in Ethnologie und/oder Psychologie; Ausbildung resp. Selbsterfahrung in Psychotherapie bzw. Psychoanalyse, Ethnopsychologie bzw. Ethnopsychanalyse oder Medizinethnologie oder Psychiatrie/Medizin und Ethnopsychiatrie; Feldforschungserfahrung im Ausland; mehrjährige Berufserfahrung mit MigrantInnen im Sozial- oder Psychiatriebereich; Kenntnis mehrerer Sprachen und Bereitschaft und Kompetenz zur Zusammenarbeit mit professionellen ÜbersetzerInnen (vgl. *Stellenbeschriebe* im Anhang).

Diese Anforderungen beruhen sowohl auf der Notwendigkeit eines ethnopsychologischen, resp. migrationsspezifischen Zugangs wie auch der konzeptionellen Anforderung der Niederschwelligkeit, wo der Zugang zu den Asyl Suchenden häufig nicht allein über die Sprache und über orthodoxe therapeutische Settings möglich ist.

Die Betreuung dieser spezifischen MigrantInnengruppe erfordert die Fähigkeit, die Komplexität von individuellem Leiden, Migration, Trauma, Krieg, Kultur, Politik, Krankheit, Gesundheit und prekären Lebensumständen zu reflektieren und in die Betreuung einfließen zu lassen.

Die Betreuung ist ohne das Verstehen gegenseitiger Übertragungen und Projektionen und ohne entsprechende berufliche Qualifikationen, wie sie oben erwähnt sind, kaum zu bewerkstelligen. Ebenfalls braucht es eine besondere Sensibilisierung in Bezug auf die Vulnerabilität z.B. von Frauen und Kindern im Migrationskontext.

Aus Gründen der Niederschwelligkeit ist es nicht möglich, jederzeit mit Übersetzerinnen zu arbeiten. Im Gegenteil: Primär ist die FachmitarbeiterIn auf die Sprachenvielfalt des Gegenübers angewiesen und auf ihre eigene Vielsprachigkeit. Deshalb sind gute Sprachkenntnisse - insbesondere französisch, englisch, italienisch oder arabisch - erforderlich.

Das Team ist primär als Gruppe zu verstehen. Somit ist es sinnvoll, wenn die erforderlichen Qualifikationen auf die verschiedenen Teammitglieder verteilt sind. Vorzugsweise sind aber auch die einzelnen FachmitarbeiterInnen mehrfach qualifiziert, da die Betreuung jeweils zwischen Alltagsbegleitung und komplexen therapeutischen Inhalten oszilliert.

Die Erfahrung der ethnologischen Feldforschung sowie die Erfahrung mit Gruppenkonzepten hat sich in diesem Kontext als optimale berufliche Qualifikation erwiesen (vgl. Kap. 5.2, *Zur Bedeutung der Gruppenkonzepte*).

Aufgrund der Pionierstellung, die das EPZ in der Entwicklung eines niederschweligen Angebotes für die Betreuung von traumatisierten und psychisch kranken Asyl Suchenden innehat sowie aufgrund der Vernetzung ist ein sozialwissenschaftliches Interesse an Tagungen, neusten Erkenntnissen in diesem Fachbereich, Forschung und Projektarbeit (vgl. *Literaturliste*) sowie ein Interesse an Öffentlichkeitsarbeit notwendig (vgl. *Stellenbeschriebe* im Anhang). Dies betrifft insbesondere die Anforderungen an die leitende Stelle einer Einrichtung wie dem EPZ.

Auch die Qualifikations-Anforderungen an die Assistenz sind komplex. Der Administrator/die Administratorin ist einerseits für die Bearbeitung der Spezialfälle (administrativ, fürsorgerisch, buchhalterisch und auch statistisch), andererseits für die administrative Beratung der FachmitarbeiterInnen und für die betriebswirtschaftliche Steuerung zuständig. Dies erfordert betriebswirtschaftliche Kenntnisse sowie die Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem Betreuungsteam. Für besondere Projekte wie z.B. die wissenschaftliche Verwertung und Aufbereitung statistischer Daten ist ein Hochschulstudium unerlässlich.

4.5.1 Probleme betreffend Personalqualifikationen

Da die angewandte Ethnopsychologie im Migrationsbereich ein neues Feld darstellt, sind spezifische Ausbildungen und Erfahrungen erforderlich. Die differenzierten Anforderungen und die Pionierstellung einer derartigen Einrichtung mit solch neuen Betreuungsansätzen im Migrationsbereich erschweren die Rekrutierung eines erfahrenen ethnopsychologischen Teams. Ein weiteres Problem stellt das Fehlen einer der Qualifikation entsprechenden Entlohnung dar.

4.5.2 Empfehlungen zur Personalqualifikation

Gemäss den *Stellenbeschrieben* im Anhang. Neu hinzu kommt jedoch auch die Möglichkeit einer Ausbildung als PsychiaterIn, mit Zusatzausbildung in Ethnopsychiatrie, Ethnopsychologie oder Ethnologie.

Eine der Qualifikation entsprechende Entlohnung ist bei der Finanzierung bzw. Budgetierung einer solchen Einrichtung mit zu berücksichtigen.

5 Theoretische Grundlagen und Betreuungsansätze

5.1 Der ethnopsychologische Ansatz

Grundsätzlich kommen im EPZ Ansätze aus Ethnologie, Psychologie, Psychoanalyse und Ethnopsychanalyse zur Anwendung. Der spezifische Ansatz ist jedoch ethnopsychologisch (eine Richtung der angewandten Ethnologie), stützt sich auch auf psychoanalytisch orientierte Gruppenkonzepte und entwickelt sich laufend aus der Wechselwirkung von Theorie und Praxis weiter.

Die verschiedensten Lebensbereiche werden nicht getrennt aufgefasst, sondern als dynamisches Ganzes betrachtet. Genauso werden die Probleme aufgefasst, welche die Asyl Suchenden in ihrer Migrationssituation im EPZ zeigen. Die Migrationssituation kann man mit einem Begriff aus der Ethnologie als „fait social total“ beschreiben, welcher nicht nur die einzelnen Gegebenheiten und Dinge, sondern das Leben im Zusammenhang des gesellschaftlichen Ganzen umfasst. Diese „totale soziale Tatsache“ manifestiert sich in der gelebten Erfahrung, in der die verschiedensten Lebensbereiche (Politik, Verwandtschaft, Ökonomie, Medizin, Religion, Recht, Ästhetik) ineinander übergreifen. Auf diesem Hintergrund ist der Betreuungsansatz des EPZ konzipiert. Das bedeutet, dass sich die Gespräche und Begegnungen mit den Klientinnen und Klienten primär auf Alltägliches beziehen wie:

- Budgetauszahlungen und den Umgang mit Geld
- Wohnen und Zusammenleben mit anderen Asyl Suchenden
- Arbeit, Beschäftigung, Schule, Schulprobleme und Ausbildung
- Mitorganisation von Tagesstrukturen
- Probleme in Bezug auf ihren Aufenthaltsstatus und den sich daraus ergebenden Konsequenzen und Perspektiven
- Gesundheitliche Probleme.

Dabei zeigen sich immer neue Nöte, die in ihrem individuellen und sozialen Zusammenhang geklärt werden müssen.

Der ethnologische Blick, der soziale und kulturelle Bedeutungen in die Wahrnehmung mit einschliesst, der Zugang über den Alltag, die Präsenz an Ort und Stelle und die „an“-teilnehmende Beobachtung sind Methoden aus der Ethnologie, die im EPZ in die Praxis umgesetzt werden. Die therapeutischen FachmitarbeiterInnen übernehmen die Rolle von ZeugInnen des Alltags und der Geschichten, der Vergangenheit und der Gegenwart der Asyl Suchenden, sowie deren Nöten und Ressourcen.

Es geht einerseits immer auch darum, die Kommunikation aufrecht zu erhalten und andererseits auch über eine Vertiefung dieser Kommunikation den Zugang zu innerpsychischen

Bereichen zu finden. – Dabei ist es wichtig, sich auch überraschen zu lassen und sich auf den Dialog mit dem Anderen, mit dem Fremden einzulassen: Mit einer anderen Sprache, anderen psychischen Zuständen, einer anderen sozialen Stellung, einem anderen Erfahrungshintergrund, anderen Erwartungen und anderen Befürchtungen. Man geht nicht davon aus, dass ein psychisches Problem wie in der psychotherapeutischen Praxis als solches dargeboten wird.

Eine zerstörte Fensterscheibe wird so zum Beispiel nicht nur zu einem disziplinarischen, praktischen Problem. Sie wird zu einer Mitteilung, die nicht isoliert, sondern im jeweiligen Kontext betrachtet und in Beziehung zur Geschichte der Person gesetzt wird.

Die Herangehensweise, die durch das Arbeiten am Wohnort der Asyl Suchenden ermöglicht wird, ist ganzheitlich und alltagsorientiert. Es ist damit gemeint, dass der Kontext, in dem sich Asylsuchende bewegen, miteinbezogen wird.

Dem ethnopsychologischen Ansatz im EPZ liegt die Neugier, also nicht allein das Interesse am Leiden, am Pathologischen zugrunde. Es ist ein dynamischer, nicht zielgerichteter alltagsbezogener Zugang, der nicht über traditionelle Konzepte aus Pädagogik und Sozialarbeit führt, in welchen zielorientiert an der Realität gearbeitet wird. Es ist ein Begleiten in einem Prozess, dessen Qualität und Ausgang verschiedenste Interpretationen zulässt und dessen Ausgang nicht von vornherein festgelegt ist. Die Betreuenden wissen zuerst einmal nicht, was ein Verhalten oder Problem bedeutet, sondern nehmen es zunächst einmal wahr.

An erster Stelle steht somit die Wahrnehmung als betreuende Aktivität. Die FachmitarbeiterInnen verstehen sich erst einmal als Unwissende und Fragende, welche versuchen, zu verstehen. Methodisch ist dies ähnlich der ethnologischen Feldforschung als „an“-teilnehmenden Beobachtung zu begreifen.

Durch die Reflexion im Rahmen von Intervision, Supervision und Gruppengesprächen werden Hypothesen und Interpretationen und schliesslich ein Verständnis des Wahrgenommenen entwickelt.

Indem unbewusste Spuren in die Interpretation einfließen und bewusst werden, verändert sich die Haltung gegenüber den Asyl Suchenden, was bei ihnen wiederum Veränderungen bewirkt.

Die Migration kann als Übergangssituation verstanden werden, insbesondere für Asyl Suchende. Der ethnopsychologische Ansatz in diesem Konzept bezieht die in Ethnologie und Psychologie beschriebene Bedeutung von Übergangsphänomenen mit ein. Übergangs-

situationen sind Krisensituationen, Zwischenwelten. Diese Zwischenwelten oder Übergangsräume sind aber auch potentielle Räume: In ihnen liegt ein Potential, den Anschluss des Eigenen an das Fremde und umgekehrt ausprobieren zu können. Dies kann schliesslich zu etwas Neuem, etwas Drittem führen. Es ist ein Prozess des Aufbaus eines Raumes zwischen Zweien, d.h. des Aufbaus des Ich und des Nicht-Ich, des Eigenen und des Fremden, des Drinnen und des Draussen, des Alten und des Neuen. Die Gruppe, das Team, übernimmt in diesem Prozess genauso wie die Institution und das Setting die Funktion des Haltens, das *Holding* (WINNICOTT, 1990) oder das gruppale *Containment* (BION, 1974).

Das Team stellt sich als Gruppe mit verschiedenen Übertragungsangeboten zur Verfügung. Das ermöglicht das *Containment*. Es bewirkt, dass diese Übertragung, anders strukturiert, auf den oder die Asyl Suchenden zurückwirkt, d.h. dass sich die Haltefunktion auf die Gruppe der BewohnerInnen überträgt: Die Präsenz des Teams dient somit nicht nur der besseren Wahrnehmung der Asyl Suchenden, sondern das Team stellt sich auch als ein Wahrzunehmendes zur Verfügung und wird so zum Betreuungsinstrument.

Der schmerzhaften Realität der einzelnen Asyl Suchenden, deren inneren und äusseren Verletzungen und Zerstörungen durch Krieg, Traumata, Psychosen und den dadurch entstandenen Fragmentierungen, hält das Team durch seine Präsenz und Kontinuität eine andere, nicht zerstörte und auch nicht zerstörbare Realität entgegen. Phantasierte und erlebte Zerstörung wird in der Realität des Teams nicht reproduziert. Somit kann die Phantasie, dass die äussere Realität den inneren Vorstellungen entspreche, korrigiert werden.

Für die Betreuung liegt die Bedeutung im Erkennen dieses Übergangsraums und darin, dass das Team eine Haltefunktion übernimmt, indem es ruhig und intakt bleibt und nicht agiert, also das Chaos, die Zerstörung oder Vernichtung nicht zwangsläufig reproduziert. Wenn auch nur begrenzt, wird das Team, werden die therapeutischen FachmitarbeiterInnen für die Asyl Suchenden zu einem Ort der Verlässlichkeit und Verfügbarkeit, zu Zeuginnen des Schmerzes und der Trauer, aber auch zu einem Ort des Aufbaus von neuem psychischem und physischem Erleben. Der vom Team konzipierte Übergangsraum, dem die Funktionen des Haltens, Aufnehmens und Veränderns zukommt und die aktive Präsenz des Teams können bei einem längerfristigen Aufenthalt eines Asyl Suchenden als ein stabilisierendes Kontinuum wirken, auch während und nach einer psychischen Krise oder einem Klinikaufenthalt.

Das Team, welches in fortlaufender Intervision auch die eigene Haltung und die eigene Kultur reflektiert, wird unterstützt durch eine Supervision auf Basis ethnopsychanalytischer Überlegungen.

Diese Herangehensweise auf dem Hintergrund des „fait social total“ bedingt, dass auf der praktischen Ebene interdisziplinär mit verschiedensten Institutionen und Berufsgruppen zusammengearbeitet wird. Die Aufgabe der therapeutischen FachmitarbeiterInnen besteht unter anderem darin, anderen involvierten Stellen und Personen die verschiedenen Aspekte der Problemsituation verständlich zu machen. Ein enger Kontakt zu diesen Stellen und Personen ist somit unabdingbar.

5.2 Zur Bedeutung der Gruppenkonzepte

5.2.1 *Einleitung*

Das Konzept der Gruppe ist einer der wesentlichen Pfeiler des Verständnisses der ethnopsychologischen Betreuung im EPZ.

Dieses Gruppenverständnis vollzieht sich auf mehreren Ebenen. Auf der Ebene des Teams wird durch das Gruppenverständnis ein Teamzusammenhalt erreicht, welcher ermöglicht, die entsprechende Haltefunktion für die KlientInnen zu sichern. Dies gelingt durch den regelmässigen Austausch über die KlientInnen in Form von Zweiergesprächen, von intervisorischen Sitzungen und auch durch eine regelmässige Supervision. Die Entwicklung eines Gruppensettings ist ein längerer Prozess und bedingt auf Seite des Teams eine bestimmte Kontinuität was die Zusammensetzung des Teams betrifft. Das Gruppenkonzept wurde aus einem Notstand seitens der Asyl Suchenden aber auch seitens des Teams entwickelt. Es bestand die Notwendigkeit eines Konzeptes, welches auch unter schwierigen Bedingungen eine Arbeitsfähigkeit ermöglicht. Unter diesem Aspekt ist die Aufgabe des Asyl Gebens nicht nur als Aufgabe des Einzelnen, sondern auch als Aufgabe der Gruppe und der sie umgebenden Institution zu betrachten.

Bei der Arbeit mit Asyl Suchenden mit psychischen Schwierigkeiten und Traumatisierungen (gesundheitliche Risikogruppe) geht es also um zweierlei: Einerseits um die Sensibilität für den Einzelfall und auf der anderen Seite um die soziale Konstruktion eines Gruppenraumes auf der Seite der Institution der Aufnahmegesellschaft. Dieser intermediäre Raum kann so zum Spielraum in der eigenen bekannten Institution werden, wo das eigene Fremde auf das fremde Fremde trifft.

Unter diesem Aspekt bekommt die Selbstreflexion in der Arbeit mit Asyl Suchenden mit speziellen Problemen in emotionaler und auch kognitiver Hinsicht einen besonderen Stellenwert und stellt ein unabdingbares Arbeitsinstrument dar.

Im folgenden wird auf besondere Konzepte verwiesen, die dem Gruppenverständnis zugrunde liegen.

5.2.2 *Der Übergangsraum (Winnicott) und das Übergangsritual (Van Gennep)*

Das EPZ kann als Übergangsraum bezeichnet werden, der sich in der Verknüpfung des Modells des Übergangsrituals des Ethnologen van Gennep (VAN GENNEP, 1986) mit dem Modell des Übergangsphänomens des Psychoanalytikers Winnicott (WINNICOTT, 1990) begründet.

Der Ethnologe van Gennep beschäftigte sich mit der Bedeutung von Übergangsritualen. Übergänge können in drei Phasen unterteilt und deren entsprechende Riten unterschieden werden: Die Ablösungsphase mit ihren Trennungsriten, die Zwischenphase mit Schwellen und Umwandlungsriten und die Integrationsphase mit ihren Angliederungsriten.

Das Leben eines Menschen stellt also Etappen dar und besteht aus Übergängen von einer Gruppe in die andere, von einer sozialen Situation in die andere. Dazu gehört auch Geburt, Kindheit, Pubertät, Schwangerschaft, Elternschaft oder Tod. Durch den rasanten Wandel der Gesellschaft ändern sich auch die Übergangssituationen und Übergangsriten.

Im Bereich von Emmigration und Immigration stellen sich ähnliche Herausforderungen. Die Ablösungsphase mit den Trennungsriten kann in die Nähe des Verlassens des Herkunftsortes gestellt werden, die Umwandlungsriten und die Angliederungsriten sind verknüpft mit der Flucht wie auch mit der Ankunft im Aufnahmeland und den Integrationsbestrebungen.

Winnicott betont die Bedeutung von Übergangsphänomenen in der Kindheit. Diese Übergangsphänomene behalten aber auch später ihre Bedeutung.

„Das Kind macht Gebrauch von einem Bereich *zwischen* ihm und der Mutter oder dem Vater, und was sich dort abspielt, ist symbolisch für die Verbindung oder das Nicht-Getrenntsein dieser beiden Dinge“ (WINNICOTT, 1990:148). Diesen Bereich, in dem sich Übergangs- oder Spielphänomene herausbilden können, nennt Winnicott intermediär.

„Die Anerkennung eines intermediären Raumes kann für MigrantInnen, in unserem Fall für Asyl Suchende in psychischen, sozialen und migrationsbedingten Schwierigkeiten die Qualität des „Holdings“, respektive die Funktion des Haltens übernehmen (WINNICOTT, 1994). „Am Anfang werden die Kinder von den Eltern gehalten, später setzt die Familie das Halten fort, dann hält die Gesellschaft die Familie“ (SCHÄR SALL et al, 2002:85)

Dabei ist die Möglichkeit zur Illusionsbildung von Bedeutung. Eine Illusion bezeichnet die Idee, dass die äußere Realität auch derjenigen der eigenen Bedürfnisse, Vorstellungen und

Kapazitäten entspreche. Ein Übergangsraum kann nun dazu dienen, dass ein Weg von der Illusion zur Desillusionierung überhaupt erst möglich wird. Dieser Prozess benötigt Zeit für das Kind, in der es durch eine Person Unterstützung erfährt, die sich ihm in extrem einfühlsamer Weise anpasst (BAZZI et al., 2000).

Übertragen auf die Migration ergeben sich darauf folgende Implikationen:

Die Migration stellt an sich schon eine Übergangsphase dar. Sie löst Krisen aus, ist vielleicht selbst schon Folge einer Krise, die Wiederholungen eines bereits erfahrenen Traumas. Sie kann aber auch eine Hoffnung, ein Lösungsversuch, Quelle eines Neubeginns, eine Möglichkeit zum Aufbau neuer Ressourcen sein.

Der Aufbau des Übergangsraumes hat dabei eine besondere Bedeutung. In ihm liegen Erfolg und Misserfolg nah beisammen. Für asylsuchende MigrantInnen stellt dies ein besonderes Problem dar. Durch ihren Status als Asylsuchende bleiben sie quasi im Übergangsraum stecken. Dieser Raum ist ein „Unort“, in dem es weder ein zurück – zurück in die Herkunftsgesellschaft – noch ein Vorwärts – in die Aufnahmegesellschaft gibt.

Die meisten dieser Asyl Suchenden leben dann über Jahre hinweg in einem Provisorium. Die Folgen sind nicht selten Hoffnungslosigkeit durch mangelnde Perspektiven, diffuse psychosomatische Leiden, dauerndes Unwohlsein, Stress, Spannungszustände und Entwurzelungsängste. Dies führt für viele Asyl Suchende zu einer menschlichen Katastrophe, die aber meist unspektakulär und äußerlich unauffällig verläuft.

Mit dem eben Beschriebenen sehen die FachmitarbeiterInnen die grundsätzlich strukturell gegebene Schwierigkeit der Asyl Suchenden, denen mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nur im Rahmen des strukturell Vorgegebenen begegnet werden kann. Dies kennzeichnet auch die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten

5.2.3 *Containing (Bion) und holding (Winnicott)*

Den vorangestellten Überlegungen werden nun noch der Begriff des Holdings (WINNICOTT, 1990) und der Begriff des Containings (BION, 1974) angefügt.

Wie an anderer Stelle schon beschrieben (vgl. Kap. 5.6, *Trauma*) übernimmt die Gruppe, das Betreuungsteam die entscheidende Funktion des Haltens (Holding), bzw. die Funktion eines „gruppalen Containment“ (BION, 1974).

Trotzdem der Begriff des „Holding“ im Rahmen der Untersuchung zur Eltern-Kind- Beziehung exploriert wurde, impliziert dieses Modell noch eine weitere Bedeutung. Winnicott schreibt dazu:

„so etwas wie ein Baby (an sich) gibt es gar nicht... man findet (immer nur) ein Mutter-Kind-Paar“ (WINNICOTT, 1958).

In Anlehnung daran kann man sagen, dass es so etwas wie Asyl Suchende (an sich) gar nicht gibt, man findet immer Kontexte und Interaktionsgeflechte von potenziellen Asyl-geberInnen und Asyl Suchenden in einer bestimmten Institution, in einem bestimmten Land.

Aufgrund der seelischen Erschütterungen, die Asyl Suchende im Rahmen ihrer Herkunftsgeschichte erlitten haben oder im Rahmen ihrer Migration erleben, kommt es zwangsläufig zu einer Erschütterung ihres Vertrauens in die Welt. Es ist nichts mehr so wie es vorher war, es gibt nichts mehr, das Sicherheit versprechen könnte. Das Containing oder auch die Zeugenfunktion (Zeuge für das gesamte Geschehen des Gegenübers), die Wahrnehmung des Gegenübers verspricht Entlastung. Schon die Wahrnehmung des Leidens entfaltet eine Wirkung, und nicht die vorschnelle Kategorisierung, vorschnelle Handlung oder auch Pathologisierung.

Auf der Teamebene lässt sich dieses Containing als reziproke Haltefunktion bezeichnen. Damit ist gemeint, dass sich die BetreuerInnen des gegenseitigen Halts versichern, indem sie sich über das kontinuierliche Gespräch über die KlientInnen austauschen. Diese Überlegungen werden ergänzt durch das Modell der operativen Gruppe.

5.2.4 *Das Modell der operativen Gruppe (Bauleo)*

Dieses Modell, welches sich ausführlich mit gruppalen Prozessen beschäftigt, bietet verschiedene Vorteile.

Es postuliert die Idee einer inneren Gruppe. Vom Beginn der Entwicklung an kommt es zu einer Entwicklung und einem Austausch zwischen der gruppalen Aussenwelt mit der gruppalen Innenwelt. Jede neue Gruppenerfahrung führt so zu einer Modifikation der Gruppenrepräsentanz (das innere Gruppenbild). Die Gruppenkoordination, wie sie in der operativen Gruppe genannt wird, fordert nun einen Abstand zur inneren Gruppe über die Aufgabe (ein Thema der Gruppe ist etwa die Auseinandersetzung mit der Emigration). So kommt es zu einer Trauerreaktion, die in unterschiedlicher Masse abgewehrt wird, sodass

infolge dessen ein Widerstandsverhalten beobachtet werden kann. Die Kunst der Koordination besteht in der Deutung dieser Widerstände (VON SALIS, 2003).

Was bedeutet dies für den Asylbereich?

Exil und Emigration sind politische und darum kollektive Prozesse. Infolge von Exil und Emigration werden die inneren Familienstrukturen in Frage gestellt. In der Arbeit mit Asyl Suchenden stehen daher die inneren Brüche in der Auseinandersetzung mit neuen äusseren Gruppen im Vordergrund. Die Aufgabe, die für Asyl Suchende im Vordergrund steht, ist die Auseinandersetzung mit der Emigration (also mit der Verlustangst) und mit dem Exil (also mit der Angst vor der Aufnahmegesellschaft).

Das Gruppensetting kann in der Arbeit mit Asyl Suchenden in der Phantasie der Gruppe als Brücke oder Übergangsobjekt für die Integrationsbemühungen der Gruppenmitglieder in der neuen Realität dienen (FELBER-VILLAGRA, 2003).

5.2.5 *Gruppensettings*

In der praktischen Arbeit mit Asyl Suchenden werden dabei auf verschiedenen Ebenen Gruppensettings genutzt. Entscheidend dabei ist die flexible Anwendung dieser Settings um den auftauchenden Schwierigkeiten in der Arbeit mit Asyl Suchenden begegnen zu können. Der Vorteil dieses variablen „Behandlungsangebots“ besteht im niederschweligen Zugang zu unserem Angebot, wo etwa ambulante psychotherapeutische Konzepte schwieriger zugänglich sind.

Dieses Verständnis der Gruppe beginnt beim Aufnahmegespräch. In einem Gruppensetting, bestehend z.B. aus zwei MitarbeiterInnen, der Klientin und gegebenenfalls einer Übersetzerin, wird der Asyl Suchenden Raum gegeben, ihre Situation darzustellen, ihre Nöte in einem geschützten Raum zu zeigen. Die MitarbeiterInnen des EPZ sind dabei zuerst einmal Zuhörende. Erst in einem weiteren Gespräch, nach eingehender Reflexion, wird eine Entscheidung betreff der Aufnahme im EPZ gemacht.

Dieses Gruppenverständnis bestimmt auch zukünftige Situationen. Sowohl Einzel- als auch Gruppensettings können angeboten werden. Einerseits in Form einer Hausgruppe oder aber in Form des MitarbeiterInnen Teams, welches einem Klienten/einer Klientin zur Verfügung steht.

Aus Sicht des Teams ist dabei auch von Bedeutung, dass sich jede/r Einzelne des Teams nicht nur als Individuum sieht, sondern auch als Teil des Teams. Dies erst ermöglicht, die

je eigene Arbeit zu teilen und damit auch zum Geschehen des Teams zu machen. So versteht das Team die einzelnen Asylsuchenden auch als Teil der KlientInnen des Teams. Der Vorteil dieses Angebots besteht auch in einer angstbindenden Massnahme. Für viele KlientInnen sind einzeltherapeutische Gespräche beängstigend, weil ihnen ein intimer Rahmen zugeordnet wird. Diese Angst lässt sich durch die Öffnung des Raums durch Gruppengespräche vermindern.

Der Vorteil auf Seite des Teams besteht in einer wesentlichen Erweiterung der Erkenntnismöglichkeit. Dies wird intensiviert durch regelmäßige Supervisions- und Teamsitzungen als auch durch die den Arbeitsalltag begleitende Sitzungen.

Was den Erkenntnisprozess betrifft, so ist es in Gruppen möglich, unbewusstes Material zutage zu fördern, welches gerade in Einzelgesprächen nicht auftauchen kann. Es besteht durch die Gruppe also eine produktive Erweiterung der Behandlungskonzepte, aber auch die Behandlungsmöglichkeiten selbst werden erweitert.

Vorläufig kann gesagt werden, dass ein derartiges Projekt qualifizierte MitarbeiterInnen benötigt, welche sich gegenseitig wechselseitig in ihren Zugängen ergänzen und anregen wie etwa die Zusammenarbeit zwischen EthnologInnen und PsychologInnen.

Es darf jedoch nicht unterschätzt werden, dass der innere Halt eines derartigen Projekts auch eine entsprechende äußere „institutionelle“ Sicherheit benötigt, welche die MitarbeiterInnen befähigt, ihre Qualifikationen auch zur Geltung zu bringen.

5.2.6 Das Konzept der „accompagnants“

(Zur Konzeptualisierung der „accompagnants“ im EPZ sh. SCHÄR SALL, 2001.)

In der Betreuung von psychisch beeinträchtigten Asyl Suchenden, die im EPZ intern wohnen, hat sich als Gruppenkonzept der gelegentliche längerfristige Beizug von sog. „accompagnants“ (Begleitpersonen) bewährt. Den Anstoss dazu gab ein sozialpsychiatrisches Betreuungssystem, das an der Psychiatrischen Klinik von Fann (Senegal) ca. 1970 institutionalisiert wurde, nach dem Vorbild von traditionellen psychiatrischen Heilverfahren in Senegal, wo Geisteskrankheit nicht allein vom Individuum durchlitten wird, sondern vom Kollektiv.

In der „therapeutischen Gemeinschaft“ von Fann wurde die Aufnahme eines Patienten davon abhängig gemacht, dass er während seines gesamten Aufenthaltes in der Klinik von einer Vertrauensperson begleitet wurde, die vorzugsweise aus seiner Familie stammte. Hiermit wurde einerseits eine Durchmischung in der Klinik von 1/3 Patienten, 1/3 „accompagnants“, 1/3 Klinikpersonal angestrebt, um eine grösstmögliche Anzahl gesunder Menschen im Alltag der Klinik aufzuweisen und die soziale Integration der Kranken zu sichern. Deren Isolierung würde nur ihren Rückzug fördern. Die „accompagnants“ hatten die Aufgabe, ihren kranken Familienangehörigen in umfassender Weise behilflich zu sein und ein möglichst familiäres, normales und harmonisches Milieu zu schaffen. Sie nahmen auch an allen Aktivitäten in der Klinik teil und dienten als Verbindungsglied zur Familie und gleichzeitig zum Klinikpersonal. So wurden andererseits dem Klinikpersonal Einblicke in die (krankmachende) Familiendynamik ermöglicht, die sonst vielleicht verborgen geblieben wäre. Bereits die Wahl des „accompagnant“ durch die Familie ist aufschlussreich. Zum Gesamtkonzept von Fann vgl. GUEYE, 1984. Zur Evaluation dieses Verfahrens vgl. GBIKPI und AUGUIN, 1978.

Im EPZ kann bei Alleinstehenden nicht auf Familienangehörige gezählt werden, was aber den Vorteil hat, dass keine gegenseitigen Abhängigkeiten zwischen Klient und „accompagnant“ vorbestehen. Es wird jedoch versucht, eine soziale Gruppe zu bilden, die ein Gemeinschaftsleben ermöglicht, das nahe am Sozialisations-Hintergrund der Klienten bleibt und der Vereinzelung vorbeugt. Durch die Auswahl von geeigneten Persönlichkeiten als „accompagnants“ und deren „Entlohnung“ durch das EPZ ist ein gegenseitiges Interesse gewährleistet.

Gegenwärtig lebt eine Gruppe von zwei älteren „accompagnants“ (selbst Asyl Suchende) und zwei Jugendlichen (ein MNA und ein vormaliger MNA) aus verschiedenen westafrikanischen Ländern gemeinsam in einer Wohnung des EPZ.

In der erweiterten Gruppe nehmen zwei Fachpersonen des EPZ an den regelmässigen Sitzungen teil.

So, wie in Fann manchmal die „accompagnants“ selbst zu Klienten werden, so sind im EPZ die „accompagnants“ persönlich den Spannungen des Daseins von Asyl Suchenden unterworfen. Daraus ergeben sich für die BetreuerInnen erhellende Einsichten. Z.B. verändert sich die Gruppendynamik durch neue politische Vorgaben betreffend Asyl, welche Verunsicherung und Ängste bezüglich Rückkehr ins Herkunftsland auslösen.

Entlang der Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern entwickelt sich die Gestaltung des Alltags, die Motivation und Förderung der Jugendlichen, die Diskussion in den Gesprächen mit den BetreuerInnen. Die „accompagnants“ bringen auch immer wieder wichtige Beobachtungen ein, die zum besseren Verständnis der betreuten zwei Jugendlichen beitragen und Bewältigungs- und Überlebensstrategien sichtbar machen. Ein wichtiges Stichwort ist hier die Adoleszenzproblematik im Kontext der Migration (vgl. Kap. 7.2, *Verlaufsstudie*; vgl. Kap. 5.8, *Asylsuchende Kinder und Jugendliche*).

5.3 Inter- und Supervision

Zu den zentralen Arbeitsinstrumenten im EPZ gehören Supervision und Intervision. Für die Betreuung von psychisch kranken und traumatisierten Asyl Suchenden sind eine regelmässige Supervision und institutionalisierte Intervision unabdingbar.

Die Supervision durch eine aussenstehende Person hilft, eigene blinde Flecken zu erkennen und der Gefahr einer „Betriebsblindheit“ entgegenzuwirken. Ausserdem konstituiert sie das Team immer wieder als Gruppe und errichtet damit ein Gefäss, in welchem die Probleme der KlientInnen angeschaut, reflektiert, getragen und ausgehalten werden können, so dass das Verstandene den KlientInnen zurückgegeben und therapeutisch wirksam werden kann (vgl. Kap. 5.2, *Zur Bedeutung der Gruppenkonzepte*). Dieser Arbeitsprozess kann nur von einer Gruppe von FachmitarbeiterInnen geleistet werden, da die Erlebnisse und Lebensäusserungen, mit denen diese Gruppe von Asyl Suchenden die Betreuenden konfrontiert, häufig zu fremd, zu angsterregend, zu unerträglich sind, als dass eine einzelne Person in der Lage wäre, adäquat damit umzugehen und nicht entweder emotional überschwemmt zu werden oder sich hinter so hohen Abwehrmauern zu schützen, dass kein lebendiger Kontakt mehr möglich ist. Um das Team bei diesem Arbeitsprozess zu koordinieren und um mit der Sicht von aussen immer wieder das Dritte einzubringen, das unverstandene Verstrickungen lösen und aufheben kann, braucht es eine erfahrene Supervisorin, einen erfahrenen Supervisor. Die Qualifikationen, über die eine solche Person verfügen sollte, sind hoch: Neben einer psychoanalytischen Ausbildung und Erfahrung als SupervisorIn sollte sie fundierte gesellschaftswissenschaftliche Kenntnisse haben (Ethnologie, Soziologie), Erfahrung mit Gruppen und Gruppenkonzepten, und sich vertieft mit dem Thema Migration auseinandergesetzt haben.

Im EPZ wird die Supervision von einem sowohl theoretisch als auch praktisch sehr erfahrenen Ethnopschoanalytiker durchgeführt und findet alle zwei Wochen während 90 Minuten statt. Längere Intervalle zwischen zwei Supervisions-Sitzungen sind nicht zu empfehlen, da sonst die Kontinuität und Stabilität des Teams als arbeitende Gruppe beschädigt werden könnte.

Für die Intervision gilt im Prinzip Ähnliches wie das über die Supervision Gesagte, ausser dass daran meistens je verschiedene Teile des Teams teilnehmen, ohne Koordination durch eine aussenstehende Person und häufig in einem weniger formalisierten Rahmen. Alltäglicher als die Supervision, eröffnet auch die Intervision einen Raum zur Reflexion und Verarbeitung der mit und um die KlientInnen erlebten Situationen und der Geschichten-Bruchstücke, die von den KlientInnen im Kontakt mit den FachmitarbeiterInnen mitgeteilt oder manchmal auch inszeniert werden. Ohne den täglichen Austausch untereinander über das in der Arbeit mit den KlientInnen Erlebte wären die FachmitarbeiterInnen nicht in der

Lage, die Funktionen des Holdings und Containings (vgl. Kap. 5.2, *Zur Bedeutung der Gruppenkonzepte*, und 5.6, *Trauma*) wahrzunehmen, und würden ihre Arbeitsfähigkeit rasch verlieren. Um zu verhindern, dass die Intervision im oftmals hektischen Arbeitsalltag untergeht oder an den Rand gedrängt wird, ist es sinnvoll, sie zu institutionalisieren, d.h. in der Wochenplanung des Teams Zeit dafür freizuhalten und Termine festzulegen, an denen Intervision stattfindet.

Im EPZ wird Intervision in verschiedenen Formen praktiziert. Zum einen informell während Kaffee- und Mittagspausen, spontan nach schwierigen Gesprächen oder Situationen, dann aber auch institutionalisiert an Fallbesprechungen während der wöchentlichen Team-Sitzung. Die Sub-Teams der einzelnen Häuser vereinbaren zudem wöchentlich einen Termin zur Intervision in der Kleingruppe.

5.4 Interinstitutionelle Zusammenarbeit mit dem Asyl-, Gesundheits-, Sozial- und Rechtswesen

Das EPZ arbeitet mit PartnerInnen aus dem Asyl-, Gesundheits-, Sozial- und Rechtswesen direkt zusammen. Die im folgenden aufgeführten Aspekte betreffen eine Auswahl, die den AutorInnen dieser Studie als wesentlich erscheinen. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

5.4.1 *Generelle Aspekte der interinstitutionellen Zusammenarbeit des EPZ mit dem Gesundheitswesen*

Die Zusammenarbeit ist fallspezifisch und beinhaltet klientInnen- und kontextbezogene Gespräche, Empfehlungen, Abklärungen und Begleitungen konsiliarischer Art, Gruppensitzungen und Intervention.

Zusätzliche themenspezifische Beratungen, Weiterbildungen, Praktikumsausbildungen für Ethnologie- und PsychologiestudentInnen, Referate und Besprechungen (auch an Universitäten und Psychiatrischen Kliniken) finden zu folgenden Themen statt: Asyl, Trauma, Migration und Gesundheit, Kultur und Psyche, Psychiatrie und Migration, kontextbezogene ethnopsychologische Betreuungs- resp. Therapieansätze, Konzept des EPZ in Theorie und Praxis u.a.

Ausserdem wird das EPZ immer mehr zu einem Ort der Reflexion von Theorie und Praxis (Forschung für praxisrelevante Ansätze).

Das EPZ arbeitet mit folgenden PartnerInnen im Gesundheitswesen zusammen:

- Privatpraxen von ÄrztInnen, PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen, die von der Krankenkasse finanziert werden
- Stationäre und ambulante Dienste der Psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich einschliesslich der geschützten Werkstätten der Psychiatrie
- Ambulante Medizin und Akutmedizin: Spitäler des Kantons Zürich, SOS Ärzte, Ärztephon
- Heime für Pflegebedürftige oder spezifische KlientInnengruppen, die im EPZ keine adäquate Unterstützung erhalten (z.B. Menschen, die eine „rund-um-die Uhr“-Betreuung benötigen)
- Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer, Bern
- Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer (AFK) der Psychiatrischen Poliklinik der Universität Zürich
- Bundesamt für Gesundheit, Bern

- Universitäten: in der Schweiz, Österreich und Deutschland in den Bereichen Migration und Gesundheit, Ethnopsychologie, Ethnopsychiatrie und Trauma
- Krankenkassen

Probleme

Voraussetzung für eine erfolgsversprechendere Gesundheitsförderung dieser spezifischen MigrantInnengruppe ist die Überprüfung der eigenen und berufsspezifischen Grundannahmen hinsichtlich Gesundheit/Krankheit sowie Rehabilitation oder Heilung in Medizin und Psychiatrie. Dies geschieht beispielsweise durch den Einbezug der Lebens- und Migrationsgeschichte des Einzelnen sowie der individuellen und emischen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (vgl. Kap. 5.5, *Die Bedeutungs- und Erlebnisebene der MigrantInnen*). Zentral ist auch die Frage nach dem Lebensmittelpunkt und der Art des Migrationsauftrages, bzw. inwieweit dieser erfüllt oder nicht erfüllt werden kann. Kontextbezogenes Verstehen von Gesundheit und Krankheit ist für diese besonders vulnerable MigrantInnengruppe zwingend. Dies geschieht nur über eine vermehrte „lebensgeschichtliche Kontextualisierung“, und über einen „biographisch-integrierten therapeutischen Prozess“ (SALIS GROSS et al., 1997:3).

Schlussfolgerungen und Empfehlungen im Zusammenhang mit dem interinstitutionellen Kontext der Gesundheitsversorgung von Asyl Suchenden

Die Vertrauensbildung erfordert bei dieser MigrantInnengruppe aufgrund des gegenseitigen Fremdseins und der statusbedingten, oft prekären und instabilen Lebenssituation einen viel längeren und zeitintensiveren Prozess sowie auch eine vielschichtige, komplexe und behutsame Herangehensweise. Dieser Zugang muss individuell mit dem Klienten resp. der Klientin gefunden und in Zusammenarbeit mit den betreuenden Institutionen und der behandelnden psychiatrischen Einrichtung erarbeitet werden. Auch in der interinstitutionellen Zusammenarbeit führt der Weg zu einem besseren Verständnis und damit zu einer adäquateren Behandlung nur über die MigrantInnen selbst und nicht über vorwegnehmende Vorstellungen über die jeweilige Kultur.

Eine migrationsspezifische bzw. kontextbezogene Anamnese (vgl. auch SALIS GROSS et al., 1997) in der Psychiatrie kann bei vielen MigrantInnen beispielsweise nicht durch standardisierte Fragen in chronologischer Reihenfolge aufgenommen werden, sondern erfordert jeweils mehrere längere, offene Gespräche. Je nach KlientIn sind nebst dualen Settings auch Gruppensettings (Einbezug von Verwandten, Bezugspersonen usw.) notwendig. Die

Gruppe kann stressmindernd und vertrauensfördernd wirken. Dies ist im Einzelfall jeweils zu klären, da die Anwesenheit von Verwandten unter Umständen auch belastend sein kann.

Der Einbezug von qualifizierten ÜbersetzerInnen sollte gewährleistet sein. Dies entspricht aber nicht dem heutigen Standard im Kanton Zürich. Meist fehlt es an finanziellen Mitteln, oder es finden sich keine geeigneten ÜbersetzerInnen. Aus denselben Gründen gibt es im EPZ keine systematische Einbeziehung von qualifizierten ÜbersetzerInnen (vgl. Kapitel 5.9, *Sprache und Übersetzung*). Die Voraussetzungen hierfür müssen erst noch geschaffen werden.

Die interinstitutionellen Rahmenbedingungen für migrantInnenfreundliche Sitzungen, Gespräche und Überweisungen fehlen zur Zeit und müssen interinstitutionell erst noch erarbeitet werden. Zwar ist die institutionalisierte Zusammenarbeit - kurzfristig gesehen - für das EPZ wie für die zusammenarbeitende Institution zeit- und personalintensiv. Mittel- und langfristig ist jedoch durch das Schaffen migrantInnenfreundlicher Voraussetzungen und durch einen fachlich adäquateren Zugang eine Verbesserung hinsichtlich Kontinuität, Verständnis (anstelle von Schnell- und Fehldiagnosen), Co-Konstruktion, Behandlungserfolg, Arzttourismus, Drehtüreffekt usw. zu erwarten (siehe auch BLÖCHLIGER C., et al., 1994).

Das „Containing“ sowie das Konzept des „Übergangsraums“ (vgl. Kap. 5, *Theoretische Grundlagen und Betreuungsansätze*) sind nur zwei Aspekte einer möglichen Konzeptualisierung einer interinstitutionellen Zusammenarbeit im Sozial- und Gesundheitswesen. Als ein ebenso bedeutender und praxisrelevanter Aspekt dieser Konzeptualisierung ist ein adäquater und differenzierter Stellenplan in Bezug auf Zeitaufwand und Qualifikation notwendig. Eine interinstitutionelle Zusammenarbeit erfordert eine spezielle fachliche Qualifikation und berufliche Erfahrung (vgl. Kapitel 4.5, *Personalqualifikation*).

Es ist heute mehr denn je sinnvoll, dass eine Einrichtung wie das EPZ strukturell so aufgebaut ist, dass in der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen eine optimale, gegenseitige und gemeinsame Nutzung fachlicher Ressourcen möglich ist. In grossen Agglomerationen (siehe auch Strategiebericht des BAG, 2002:26) ist es wichtig, dass leicht zugängliche Angebote die hohe Dichte vulnerabler MigrantInnen aufnehmen können.

Dies bedeutet für das EPZ oder ähnliche Einrichtungen folgendes:

Die zentrale Lage einer solchen Einrichtung ist eine Voraussetzung für eine effiziente Zusammenarbeit aller Involvierten, auch aus organisatorischen Gründen. Dies führt zu mehr Kontinuität, was eine wichtige Voraussetzung ist für eine effektive, kontextbezogene Behandlung und Betreuung.

Fazit: Die migrationsbedingten Brüche in den Biographien von Migrantinnen mit hoher Vulnerabilität - wie es traumatisierte und psychisch kranke Asyl Suchende mit Status N, F oder abgewiesenem Asylgesuch sind – erfordern eine höhere Kontinuität der Betreuung und Behandlung und eine besondere Vorsicht und Alternativen bezüglich einer möglichen unnötigen Medikalisierung. Die Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und PsychiaterInnen sowie den Sozialdiensten der psychiatrischen Kliniken (fallspezifische Sitzungen und Besprechungen zur Sicherstellung der Kontinuität, z.B. betr. Vorgehen bei Ein- und Austritten) sollten deshalb Standard sein.

Ein Modell interinstitutioneller Zusammenarbeit: Interventionsgruppe EPZ und Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)

Im Herbst 2000 wurde ein Seminarzyklus durch die Psychiatrische Universitätsklinik PUK und das EPZ initiiert, der zur heute institutionalisierten Interventionsgruppe (gemeinsame Fallbesprechungen von PsychiaterInnen und EthnopsychologInnen) führte. Neu wird auch das seit November 2003 sich im Aufbau befindende Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer (AFK) der Psychiatrischen Poliklinik der Universität Zürich miteinbezogen. Die Intervention findet einmal im Monat statt (1½ Stunden pro Sitzung), die Gruppe ist geschlossen, und es sind durchschnittlich etwa 15 Personen anwesend.

Die Wirkung dieses interinstitutionellen und interdisziplinären Zugangs und Verstehens ist vielschichtig. Sie zeigt sich einerseits in der effizienteren und effektiveren Zusammenarbeit und in einer adäquateren und kontextbezogeneren Betreuung und Therapie von MigrantInnen mit psychischen Problemen und Traumata. Ebenso eröffnen sich durch die unterschiedlichen Ansätze der Psychiatrie und der Ethnologie neue Perspektiven in der Behandlung und Betreuung ausserhalb und innerhalb der eigenen Institution und auch Grenzen können erkannt werden. Der regelmässige Austausch in der Gruppe wirkt zudem einem „Burn-out“ sowie einer „Ansteckung“ des Traumas entgegen.

Auf diese Weise können die unterschiedlichen fachlichen und strukturellen Ressourcen optimal genutzt und die für diese gesundheitliche Risikogruppe so bedeutsame Kontinuität besser hergestellt werden (vgl. Kapitel 7, *Verlaufsstudien*).

Der gemeinsame Austausch in der Intervisionsgruppe wird auch von Seiten der Psychiatrischen Universitätsklinik sehr geschätzt und für unverzichtbar gehalten. Der Austausch ermöglicht eine Förderung des Verständnisses und verbessert eindeutig die Behandlungskompetenz. Stationäre Aufenthalte können dadurch verkürzt werden. Durch die persönlichen Kontakte können auch ausserhalb der Gruppensitzungen rascher und unmittelbarer gegenseitige Beratungen erfolgen. Nicht zuletzt bietet die fachliche Diskussion eine bedeutsame Weiterbildungsmöglichkeit für die teilnehmenden OberärztInnen und AssistenzärztInnen, die ansonsten bisher für diesen zunehmenden Bereich der MigrantInnen mit psychischen Problemen oder Erkrankungen über kein Ausbildungscurriculum verfügen.

Dr. B. Küchenhoff, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

5.4.2 *Interinstitutionelle Zusammenarbeit mit dem Asyl- bzw. Sozialwesen*

Die interinstitutionelle Zusammenarbeit ist fallspezifisch und zum Teil themenspezifisch (vgl. oben, Kapitel 5.4.1).

PartnerInnen, mit denen das EPZ zusammenarbeitet:

- Einrichtungen der Asyl-Organisation Zürich:
Durchgangszentren, Notschlafstelle, WORKFARE, TAST, Psychosozialer Dienst PSD (v.a. für Übersetzungen), Arbeitsvermittlungsstelle, Sozialberatung u.s.w.
- Andere Einrichtungen:
Asylfürsorge Kanton Zürich, verschiedene Gemeinden, Sonderunterkünfte ORS, Jugendsekretariate, Sozialberatungsstellen, Mütter- und Väterberatungsstellen, Kinder- und Jugendheime, Schulen, Horte, Kinderkrippen, SchulpsychologInnen, LehrerInnen, Schulpflege, Pflegeheime, IV-Stellen, Amt für Zusatzleistungen zur AHV/IV der Stadt Zürich, Sozialberatungen u.s.w.

Interinstitutionelle Zusammenarbeit des EPZ mit VertreterInnen von Behörden, Justiz und Recht

Die Zusammenarbeit mit dieser Gruppe geschieht unter Berücksichtigung der jeweiligen Berufsgruppe und deren Berufsverständnis inkl. Berufsgeheimnis und Schweigepflicht.

Das EPZ arbeitet mit folgenden PartnerInnen zusammen:

Vormundschaftsbehörden, Rechtsberatungsstellen, JuristInnen, Gericht, Polizeiliche Einrichtungen von Bund, Kanton und Stadt, Migrationsamt des Kantons Zürich, Bundesamt für Flüchtlinge

Allgemeine Probleme und Empfehlungen zur Schnittstellenarbeit in allen Bereichen

Die Bedeutung von interdisziplinären Intervisionsgruppen im Praxisbereich Migration und Gesundheit ist evident und sollte deshalb in den verschiedenen Bereichen konzeptualisiert und institutionalisiert werden.

Die interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) und dem EPZ in Form einer regelmässigen Intervention und gemeinsamen fallbezogenen Besprechungen wird – wie bereits erwähnt - zwar praktiziert, ist aber nirgends konzeptualisiert. Diese Aufgabe muss in den Stellenbeschrieben inhaltlich wie auch zeitlich Niederschlag finden.

Jegliche Zusammenarbeit setzt, je nach Berufsgruppe und Berufs- und Rollenverständnis, die Einhaltung der Schweigepflicht, des Berufsgeheimnisses und des Datenschutzes voraus. Eine Aufhebung ist nur im Einverständnis mit dem Klienten oder der Klientin möglich. Auch im Asylbereich ist diesen Anforderungen Rechnung zu tragen, was eine professionelle Arbeitsweise erfordert.

Da die Ethnologie eine interdependente Sicht der Phänomene miteinschliesst und gleichzeitig eine vermittelnde Kulturwissenschaft ist, ist es sinnvoll, dass sie eine Vorreiterrolle in der Konzeptualisierung der interinstitutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit in diesem Bereich einnimmt. Ihre theoretischen Voraussetzungen eignen sich in einer angewandten Form für die fallbezogene interinstitutionelle Zusammenarbeit. Die im Konzept des EPZ aufgeführten praxisrelevanten Ansätze wie diejenigen des „Übergangsraums“, des „containings“ und der „accompagnants“ sind für eine migrantInnenfreundliche, kontextbezogene und biographisch-integrierte Behandlung, Therapie und Betreuung dieser KlientInnengruppe bedeutsam.

5.5 Die Bedeutungs- und Erlebnisebene der MigrantInnen

5.5.1 *Einleitung*

Die individuelle Wahrnehmung des gesundheitlichen Befindens und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe findet in der Gesundheitsforschung ein immer grösseres Interesse. Dies hängt damit zusammen, dass das Behandlungsergebnis nicht nur von der vom Arzt angewandten Therapie, sondern auch von der Perzeption der PatientInnen sowie von den in den MigrantInnengruppen verankerten Vorstellungen von Bedeutung und Ursachen der Krankheit (emische Perspektive) beeinflusst wird (vgl. GILGEN, 2003). Weiter sind Instrumente gefragt, welche die Erforschung der Selbsteinschätzung des gesundheitlichen Befindens und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe erlauben (vgl. BAG, 2002:35).

5.5.2 *Zur Leidenserfahrung und zur Bedeutung einer ethnopsychologischen Herangehensweise*

In der Praxis bestätigen sich die Ergebnisse bereits gemachter Studien (vgl. SALIS GROSS 2002; GILGEN 2003): Viele KlientInnen des EPZ betrachten ihr Kranksein oder ihre schlechte Befindlichkeit (bezogen auf diejenigen, die sich nicht als krank definieren) in einem engen Zusammenhang mit den schwierigen Lebenserfahrungen (Krieg, Flucht, Folter usw.) und den prekären Bedingungen der Migration, wie unsicherer Status, schlechte ökonomische Bedingungen, fehlende Arbeit oder Arbeitsverbot, fehlende Zukunftsperspektiven (wobei insbesondere Frauen häufig die Sorge um ihre Kinder als Krankheitsgrund angeben) oder eine drohende Ausschaffung. Dies bedeutet, dass sich der Verlauf der Migration und der Grad der sozialen Integration sehr stark auf die Krankheitserfahrung auswirken.

Wenig Schwergewicht hat bisher jedoch die von den FachmitarbeiterInnen beobachtete Tatsache gefunden, dass viele KlientInnen nicht in der Lage sind, ihre Krankheit einzuordnen. Krankheit wird als eine äussere, fremde Macht erfahren, die über sie kommt und über die sie keinerlei Kontrolle haben. Sie fühlen sich der Krankheit ausgeliefert, ihr Körper ist ihnen fremd geworden und sie sind dementsprechend handlungsunfähig. Häufig überlassen sie die Benennung des Leidens der Psychiatrie, die psychiatrische Diagnose selbst bleibt ihnen jedoch unverständlich. Gerade traumatisierte Menschen können ihr Leiden oft örtlich und zeitlich nicht mehr einordnen, es ist dekontextualisiert, denn vortraumatische Leiden und Traumatisierungen vermischen und potenzieren sich mit den Übergangsproblemen, den prekären Lebensbedingungen und den Retraumatisierungen in der Migration. Häufig kann auch beobachtet werden, dass mit zunehmender Aufenthaltsdauer

immer wirrere Beschwerdekompexe entstehen, die weder vom Arzt noch vom Patienten eingeordnet werden können. Gerade bei diesen KlientInnen gibt es vermehrt Notfall-einweisungen, häufige Klinikeintritte (Drehtüreffekt) und Behandlungsabbrüche, was zu einer Chronifizierung des Leidens führen kann und zudem mit hohen Kosten verbunden ist.

Dies zeigt einerseits die Schwierigkeit, diesen Leiden mit psychiatrischer Diagnostik zu begegnen, da die medizinische Beschreibung und Interpretation die Flüchtlingserfahrung nicht adäquat erfassen kann. Eine ethnopsychologische Herangehensweise wie im EPZ ist deshalb angezeigt, welche die Störungen dieser Menschen in Bezug auf den sie umgebenden Kontext begreift, sie in einen biographischen und migrationsspezifischen Zusammenhang setzt und welche soziales Leiden nicht von vornherein medikalisiert (vgl. Kap. 5.1, *Der ethnopsychologische Ansatz*). Es braucht Alternativen wie das EPZ, damit Spitäler nicht die einzige Anlaufstelle für psychosoziale Probleme bleiben.

Andererseits zeigt sich, dass das Herstellen eines Sinn- und Handlungszusammenhangs für die Bewältigung eines Krankheitsfalles von zentraler Bedeutung ist. Im EPZ wird ein Raum zur Verfügung gestellt, wo Leiden in der eigenen Sprache benannt werden kann, wo Leiden eine Bedeutung bekommt und zumindest ansatzweise in einen lebensgeschichtlichen Sinnzusammenhang gebracht werden kann. Die Einsicht in die eigene Problematik ist häufig Voraussetzung für die Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit sowie für eine adäquate Nutzung des Gesundheitssystems (erhöhte Compliance) und stellt damit eine gesundheitsrelevante Ressource dar (vgl. Kap. 7, *Verlaufsstudien*). Die Betreuungsverläufe der EPZ-KlientInnen zeigen, dass die Herstellung eines Bedeutungszusammenhangs eine zentrale Rolle bei der Stabilisierung spielt, wie folgende Fallvignette zeigt:

- Als Herr A. ins EPZ eintrat, litt er unter Panikattacken und Lähmungserscheinungen. Die ÄrztInnen hatten eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, doch Herr A. hatte keine Worte für sein Leiden, nur grenzenlose Angst. Seine Vergangenheit war nicht existent, er hatte sie ausgelöscht. Notfalleinweisungen auf die geschlossene Abteilung der Psychiatrischen Klinik - wo er während Tagen eine 1:1 Betreuung benötigte - waren in den ersten Monaten praktisch an der Tagesordnung. Die Betreuerin versuchte, seine Angst zu halten und auszuhalten, sie versuchte, stellvertretend für ihn, die Fragmentierungen, die sich im Alltag aktualisierten, als verzweifelte Schutzmechanismen zu verstehen und sie immer wieder von Neuem in einen Kontext zu stellen. Allmählich konnte Herr A. eine vertrauensvolle Beziehung zu ihr entwickeln. Bei den ersten Anzeichen einer Krise kam er zu ihr, sodass die Klinikeintritte nicht mehr notfallmässig erfolgten. Im Verlauf der psychischen Stabilisierung wurden auch seine traumatischen Erlebnisse in der Vergangenheit und in der Migration im Gespräch allmählich zugänglich und er begann, diese Ereignisse in

Bezug zu seinem Leiden zu setzen. Seine massiven Symptome verschwanden, Klinikeintritte waren nicht mehr nötig und Herr A. lebt heute relativ angstfrei (vgl. WETLI, 2003).

5.5.3 *Instrumente zur Erforschung der Selbsteinschätzung*

Im EPZ hat sich gezeigt, dass das individuelle bzw. emische Gesundheits- und Krankheitsverständnis gerade bei dieser gesundheitlichen Risikogruppe häufig nicht einfach abfragbar ist, etwa durch Fragenkataloge (WEISS, 2003), sondern nur durch einen kontext- und alltagsbezogenen Zugang zu den Lebenswelten der Asyl Suchenden, sowie in der Kontinuität der Beziehung erfahrbar oder erarbeitbar ist.

So werden z.B. übernatürliche Krankheitsursachen (wie Besessenheit) in Interviewsituationen nur selten genannt. Dies hat u.a. damit zu tun, dass die KlientInnen von vornherein annehmen, dass diese Krankheitsursachen in einem westlichen Umfeld nicht verstanden oder als überholt wahrgenommen werden. So ist die emische Perspektive häufig nur über den Kontext erfahrbar, wie z.B. bei jener westafrikanischen Frau, die mit ihrem schwer psychisch kranken Sohn im EPZ lebt und deren Mitbewohnerin sich bei uns über ihre allabendliche, lautstarke Geisteraustreibung beklagte.

5.6 Trauma

5.6.1 *Einleitung*

Da es eine unüberschaubare Menge an Literatur zum Begriff Trauma gibt, wurde das Nachdenken über den Begriff Trauma und die Entwicklung der Betreuungsstandards eng an den Erfahrungshintergrund des EPZ-Alltags angebunden. Das Trauma ist Gegenstand des Feuilletons und eine Modeerscheinung geworden. Der inflationäre Gebrauch verwischt die Grenzen zwischen extremer Traumatisierung und Alltagskonflikten, wenn Unfälle und Naturkatastrophen, Mobbing und Arbeitslosigkeit neben Folter und den Holocaust gestellt werden.

5.6.2 *Abgrenzung vom und Kritik am Konzept des „post-traumatic-stress-disorder“*

Es ist schwer, dem Begriff des Traumas in seiner Komplexität gerecht zu werden. Unter anderem deshalb, weil das Augenmerk vorrangig auf das individuelle Leid und die individuelle Symptomatik gerichtet wird und dabei der Blick auf die gesellschaftlichen Zusammenhänge vergessen wird, die traumatisierend wirken.

Das Konzept des PTSD (*„post-traumatic-stress-disorder“*, DILLING, 1992), das weltweit Anwendung findet und den posttraumatischen Stress als „neue Krankheit“ zu positionieren sucht, versucht, das Trauma möglichst genau zu beschreiben bzw. es mittels einer Liste von bestimmbar Symptomen zu definieren (wiederkehrende Alpträume, diffuse Ängste, affektive Hemmungen, Konzentrations- und Erinnerungsstörungen u.a.). Es meint, dass sämtlichen Formen der Traumatisierung und dem individuellen Leid, das daraus erwächst, eine vergleichbare Symptomatik zugrunde liegt und dass Ursache, Verlauf und Symptomatik des Traumas relativ genau bestimmt und gegenüber anderen psychischen Krankheitsbildern abgegrenzt werden kann.

Wenngleich die Bedeutung des Konzeptes des PTSD gewürdigt werden muss hinsichtlich der grundsätzlichen Anerkennung von traumatisierenden Ereignissen als eigener Kategorie und auch die gegenwärtige Bedeutung des PTSD Anerkennung findet, wenn es um die Aufnahme von traumatisierten Flüchtlingen geht, so sollen hier dennoch einige kritische Bemerkungen zum Begriff gemacht werden.

Die ausschliessliche Gewichtung der singulären traumatisierenden Faktoren, die austauschbar sind und „Stress“ verursachen, verleugnet die politische Dimension des Traumas. Der

Stress zum Beispiel, welcher durch einen Autounfall entsteht, der ein unglücklicher Zufall ist, wird in seiner Auswirkung mit dem Stress, der sich durch eine Foltererfahrung mit Todesdrohung ergibt, gleichgesetzt. Ein Trauma, das durch eine monatelang anhaltende Entwürdigung unter Verfolgung, Flucht und Todesangst entsteht, die als Erfahrungen für die Betroffenen unausweichlich sind, hat mit einem Trauma, das durch einen Autounfall entsteht, wenig gemein. Unter der Schirmherrschaft der Beliebigkeit austauschbarer „Stressoren“, die das Trauma verursachen, wird im Konzept des PTSD die gesellschaftliche Dimension ausgeblendet. Dadurch werden die organisierten Gewaltverhältnisse und deren Verantwortliche konzeptionell zum Verschwinden gebracht, die politischen Unterdrücker freigesprochen. Ohne es zu beabsichtigen, wird das Theorem des PTSD implizit ein mit Ideologie beladenes Konstrukt, das die bestehenden Machtstrukturen von Ohnmacht und Gewalt widerspiegelt und perpetuiert. Das Konzept des PTSD verzichtet zudem auf eine weitere Differenzierung, die notwendig ist. Es erkennt, dass die Beschädigungen und psychischen Zerstörungen, die durch die äußeren Gewalteinwirkungen entstehen, nicht überall gleich sind, sondern sich je nach sozialen, politischen, historischen und kulturellen Verhältnissen und im prozesshaften Verlauf unterscheiden. Ein Trauma z.B. von Kindersoldaten in Sierra Leone und deren Schicksal (vgl. Kap. 7.2, *Verlaufsstudie*) ist nicht dasselbe wie das Schicksal der Kriegsflüchtlinge aus Ex-Jugoslawien. Das Trauma ist eben nicht gleich Trauma, wenngleich es in vielen Teilen der Welt ähnliche Symptome gibt. Traumata können deshalb immer nur im Hinblick auf den spezifischen Kontext, in dem sie sich ereignen, situiert und verstanden werden.

Neben der Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte des Traumas in verschiedenen sozialen Kontexten, muss die Tatsache der sequentiellen Entwicklung der Traumatisierungsprozesse mit berücksichtigt werden. Das Trauma ist nicht, wie es das PTSD definiert, ein einmaliges Ereignis, sondern zieht Folgen nach sich und muss in seiner Prozesshaftigkeit verstanden werden. Individuelle Symptome bzw. ein seelischer Zusammenbruch können sich sowohl unmittelbar nach den als traumatisch identifizierten Ereignissen als auch erst sehr viel später zeigen. Es gibt keine zeitliche Begrenzung. Das Trauma kann sich 5, 10 oder 20 Jahre bzw. noch viel später zeigen, und es wirkt - wie die Holocaustforschung gezeigt hat - transgenerationell, d.h. auch die zweite und dritte Generation der Verfolgten ist vom Trauma betroffen. Die Symptome eines Traumas sind weniger spezifisch als das PTSD es vorschlägt.

5.6.3 *Zum Traumabegriff im EPZ*

Die Praxis in der Arbeit mit Asyl Suchenden im EPZ hat gezeigt, dass die Erfahrung von Gewalt und Ohnmacht Störungen unterschiedlichen Ausmaßes und unterschiedlicher Aus-

prägung hinterlassen. Das Trauma kann nicht, wie im Konzept des PTSD impliziert wird, auf ein Set von bestimmbar Symptomen eingengt werden, sondern hat eine erweiterte soziale Dimension.

Das EPZ orientiert sich an Konzepten, die zum einen die psychosoziale Dimension des Traumas berücksichtigen und zum anderen in der Konzeptualisierung des Traumas die Zeitachse erschliessen. Dies bedeutet, die längerfristige Entwicklung des Traumas zu berücksichtigen, wie es die Auffassungen vom kumulativen und sequentiellen Trauma nahe legen (KHAN, 1963; KEILSON, 1979).

5.6.4 *Das prozesshafte Verständnis vom Trauma*

Im Versuch, einen erweiterten Traumabegriff zu reformulieren, gilt es, das Trauma nicht ausschliesslich als ein einmaliges, die psychische Organisation des Individuums erschütterndes Ereignis zu definieren, auf welches ein Subjekt keine angemessene Antwort findet und das abgeschlossen und isoliert bleibt, sondern die Zeit danach mit zu bedenken. Nicht ein singuläres Ereignis für sich genommen, sondern viele belastende Ereignisse zusammen, die sich in einem Interaktionsrahmen (Individuum – Umwelt) auf der Achse der Zeit entwickeln und verstärken, wirken häufig in der Summe traumatisierend. Bei Flüchtlingen und Asyl Suchenden ist neben dem Trauma, das sie im Herkunftsland erfahren haben, eine Häufung an Belastungen zu beobachten, die das Trauma erst auslösen. Auf der Flucht oder im Exil können erneut schmerzhaft Ereignisse auftreten. Die Flüchtlinge machen negative Erfahrungen, die von ihnen als Bestrafung oder als Verlust erlebt werden. Erst diese Häufung an negativen Erfahrungen führt dann zu einer psychischen Erschütterung und zu einem Zusammenbruch. Im Verständnis von Trauma und in der Arbeit mit Traumatisierten gilt es deshalb, neben der Geschichte die aktuellen Belastungen in den Fokus der Betrachtung zu stellen.

In der Entstehung des Traumas muss die gesellschaftliche Dimension Berücksichtigung finden. Traumatisierungen vermengen und potenzieren sich rasch mit körperlichen, sozialen und psychischen Erscheinungsformen und Krankheiten. Dies bedeutet, dass Langzeitfolgen nur schwer diagnostizierbar oder prognostizierbar sind. Traumatisierungsprozesse entstehen immer innerhalb spezifischer sozialer Kontexte, müssen prozesshaft betrachtet werden und können nur in bezug auf diese Kontexte verstanden und bearbeitet werden. Traumatisierungen hören mit Kriegsende, wenn Terror oder Verfolgung eine Ende haben, oder der Ankunft im Exilland nicht auf. Asyl Suchende befinden sich in der Migration in einer weiteren traumatischen Sequenz.

5.6.5 *Betreuungsansatz im EPZ Alltag*

Die BetreuerInnen im EPZ sind mit einer großen Bandbreite von Krankheitsbildern, mit bizzaren Verhaltenweisen und mit Problemen im sozialen Umfeld der Betroffenen konfrontiert, die indirekt auf eine Traumatisierung schliessen lassen. Neben einem auffälligen Katalog von „Symptomen“ zeigt sich, dass soziale Beziehungen durch Misstrauen gekennzeichnet sind, das oft unüberwindbar scheint. Die KlientInnen sind in den Arbeits- und Beschäftigungsprojekten, die von der Asyl-Organisation angeboten werden, instabil. Es erfolgen zahlreiche Brüche und Abbrüche, was Rückschlüsse zulässt auf eine Beeinträchtigung der Ich-Funktionen bei den KlientInnen.

Traumatische Situationen müssen als ein Versagen des sozialen Umwelt in ihrer Rolle als Mittlerin der Bedürfnisse und Förderin der Entwicklung und des Wachstums betrachtet werden, ein Versagen, das sich im Exil fortsetzen kann. Die Asyl Suchenden sind in wesentlichen Aspekten ihres „Selbst“ verletzt, bzw. narzisstisch entleert, weil sie über lange Zeitspannen jeglicher narzisstischer Zufuhr von aussen entbehren mussten (GRUBRICH-SIMITIS, 1979).

Eine fördernde Umwelt, wie die Institution des EPZ sie anzubieten hat, muss folgerichtig den traumatisierten Asyl Suchenden den notwendigen Halt und die Stütze geben, damit eine Annäherung an das Trauma erst möglich wird.

Die Arbeit mit traumatisierten Menschen sollte als Begegnung angelegt sein, die individualisierende Pathologisierungen vermeidet. Die Betreuung im EPZ soll die Möglichkeit enthalten, den internalisierten Terror kennenzulernen, ihm stand- und ihn auszuhalten. Diese offene Haltung, die im Zentrum der Arbeit im EPZ-Alltag steht, anerkennt - jenseits des Versuches, das Trauma einer diagnostischen Bestimmung zuzuführen und die Asyl Suchenden auf das Trauma zu fixieren - die Differenz und das gegenseitige Nichtwissen. Eine diagnostische Festschreibung der KlientInnen als *traumatisiert* führt zu einer starren Rollenaufteilung zwischen den „gewissenhaften“ Fachpersonen als HelferInnen und den hilfsbedürftigen Beschädigten. Als ermüdende, den Alltag determinierende Interaktionspraxis läuft eine solche Festschreibung Gefahr, die Asyl Suchenden zu entmündigen und sie einem *Produktivitätszwang* auszusetzen, der „Besserung vom Leid“ verspricht. Eine fixierende Festlegung zerstört darüber hinaus das Flüchtige, das lebendig wird und die BetreuerInnen überrascht, Einblicke und ebenso Veränderungen ermöglicht. Das Insistieren auf einem Nicht-Wissen gegenüber dem, was ephemeral und fremd ist und bleibt, bedeutet jedoch nicht, eine feste Grenze in Form einer unüberwindbaren Distanz auszubilden, sondern erhält den Anspruch aufrecht, den traumatisierten Asyl Suchenden eine „offene Kommunikation“ anzubieten.

Eine prozesshafte Bestimmung des Traumas bedeutet - wie bereits erwähnt wurde -, dass ein Teil des Traumas die aktuelle Ausgrenzung im Aufnahmeland (der unsichere Status, die Marginalisierung, die Arbeitslosigkeit) ist. Entsprechend dieser Auffassung geht es in der Arbeit mit Traumatisierten im EPZ nicht nur um die Aufarbeitung der Vergangenheit, sondern auch um die Gegenwart und die Hilfe zur Bewältigung des Alltags. Es gilt, den sozialen Kontext, in dem die traumatisierten Asyl Suchenden leben, wahrzunehmen. Wenn die Bedrohung auf Grund von fortgesetzten Verunsicherungen aufrecht erhalten bleibt und Retraumatisierungen stattfinden, sind Trauerprozesse nicht möglich.

Die Behandlung traumatisierter Asyl Suchender ist dann nicht ausschließlich eine psychotherapeutische Spezialaktivität, sondern umfasst ein breiteres Spektrum von Tätigkeiten. Es wird deutlich, dass - unter den belastenden Umständen, unter denen Asyl Suchende leben - nicht von dem Ziel einer „medizinisch-therapeutischen“ Heilung vom Trauma oder von einer Rehabilitation ausgegangen werden kann.

5.6.6 Angst: Die Spur der Traumata im EPZ Alltag

Es ist für die meisten Klienten bezeichnend, dass sie anfänglich nicht in der Lage sind, über ihre Traumatisierungen zu sprechen. Nur wenige können ihre Konflikte sprachlich ausdrücken und sich den inneren Prozessen annähern. Die bedrohliche Wirklichkeit wird abgewehrt. Häufig ist die traumatische Realität nicht repräsentiert, weil sie nicht gedacht werden kann. Das Schreckliche wurde in ihrer Erinnerung abgespalten, ausgelöscht und hinterlässt Leerstellen in der Biographie. Manchmal wird das traumatische Geschehen zwar erinnert, aber gleichzeitig in seiner subjektiven und emotionalen Bedeutung nicht wahrgenommen. Diese Wahrnehmungs- und Bedeutungsverleugnungen machen es möglich, dass ein Teil der Persönlichkeit weiterhin funktionsfähig bleibt. In der Anpassung über das Vergessen (Verleugnen und Verdrängen) liegt ein Lebensbewältigungsversuch, eine Überlebenskunst und -kraft, der Achtung gezollt werden muss. Viele Asyl Suchende erscheinen deshalb gerade in der ersten Zeit der Migration unauffällig und zeigen keine Symptome. Die Anpassung an die Lebensbedingungen im Exil gelingt jedoch nur vordergründig, weil das Trauma abgekapselt ist und erst später zum Vorschein kommt. Es scheint so, als ob der aktuelle Lebensbewältigungsversuch darin bestehen würde, sich vor dem Belastenden zu schützen, es zu fliehen und es damit für immer ungeschehen zu machen. Die Anpassungsleistung im Exil, die dem Prinzip der Selbstbehauptung gehorcht und eine Pseudoautonomie hervorbringt, ist stets in Gefahr, bei geringsten Anforderungen zu zerbrechen.

5.6.7 *Die Angst vor dem Zusammenbruch*

Das Ich der Asyl Suchenden schützt sich und entwickelt zur Armierung automatisierte Ich-Funktionen, damit die diffusen Ängste nicht dauernd in Panikattacken umschlagen. Die Ängste, die ihren Grund in der Vergangenheit haben, holen die Asyl Suchenden immer wieder ein und vermischen sich mit den Realängsten. Die Anpassung ist äußerlich, und die Angst, die einmal Signal war und rettende Maßnahmen eingeleitet hat, verliert ihren defensiv schützenden Faktor und wird zu einem allgegenwärtigen Faktor des Lebens im Exil. Sie wird zu einem Grundelement der Lebensäußerungen und -bedingungen im Asyl- und Übergangsraum und prägt die menschlichen Beziehungen, innerhalb des EPZ Alltags und im erweiterten sozialen Umfeld, das imaginär „Feindesland“ bleibt. In der paranoiden Grundhaltung funktioniert der Schutz nicht durchgehend, sondern das Schreckliche bricht in den Alltag zeichenhaft ein. Mögliche Gefahren, die überall verkörpert sein können, sollen in Schach gehalten und kontrolliert werden. Die Belastungen der Vergangenheit zeigen sich in den Beziehungen zu den BetreuerInnen und in den sozialen Beziehungen untereinander als übermäßige Empfindlichkeit, mangelnde Frustrationstoleranz bzw. Zerstörung und Selbstzerstörung und als ausgeprägte Verletzlichkeit. Alles ist und bleibt fragil bei den KlientInnen, und die Welt kann jederzeit in sich zusammenbrechen. Die diffusen Ängste, die sich verbergen, können bei einem kleinen Anlass in Panik umschlagen bzw. irrationale Verhaltensweisen nach sich ziehen. Die Konflikte in den sozialen Beziehungen kreisen um das Thema Macht und Ohnmacht. Ein scheinbar belangloser äusserer Anlass löst eine starke Regression aus, welche die Betroffenen in eine existentielle Krise führen kann und Spaltungen zur Folge hat. Die BetreuerInnen mutieren von den guten Objekten zu den VerfolgerInnen. Die Angst bestimmt dann vorwiegend die sozialen Interaktionen, auch die Interaktionen mit den BetreuerInnen. Allein die Bitte einer Fachperson, zu warten oder einen Wunsch aufzuschieben, kann eine kleine Katastrophe auslösen. Diese kleinen Zusammenbrüche reinszenieren alte Traumata und vermeiden gleichzeitig den großen Zusammenbruch, der, wenn er doch eintritt, eine Verständigung des Notfallpsychiaters notwendig machen und eine Klinikeinweisung zur Folge haben kann (vgl. Kap. 7, *Verlaufsstudien*). Das EPZ hält dann den Kontakt zur KlientIn in der Klinik aufrecht. Der Besuch in der Klinik, die Aufrechterhaltung der Beziehung zur KlientIn, das nachträgliche Finden einer Sprache über das Geschehene garantiert eine Kontinuität im Geschehen.

5.6.8 *Die unheimliche Macht der Reinszenierung*

Die Traumatisierungen zeigen sich häufig erst nach einiger Zeit, und sie zeigen sich zunächst meist nicht im Gespräch, sondern lassen sich nur indirekt erschließen. Sie zeigen sich z.B. in somatischen Beschwerdeformen, die dann ärztlich behandelt werden, aber

letztendlich noch größeres Leid verbergen. Häufig werden sie im Alltagskontext andeutsungsweise und bruchstückhaft inszeniert, d.h. sie zeigen sich in der oft gespannten Beziehungsdynamik mit den BetreuerInnen, aber auch in gestörten sozialen Kontakten mit den MitbewohnerInnen oder im Umgang der KlientInnen mit den Institutionen. So können einfache Kontakte mit den Behörden bei Asyl Suchenden unangemessene, große Probleme, Qualen und Ängste auslösen und werden für alle Beteiligten zu einer enormen Herausforderung. Kennzeichnend für diese Interaktionen sind Reinszenierungen der Opfer-Täter-Dynamik, einhergehend mit stark affektgeladenem Erleben. In den prototypischen Szenen entwickelt sich eine starke Emotionalität mit plötzlicher Angstentwicklung und Paranoia, die zur Spannungsabfuhr im „acting out“ drängt.

In diesen Momenten wird die Fachperson oft in die Rolle des Verfolgers gerückt, bzw. die Klienten werden erneut zu Verfolgten, die ohnmächtig und hilflos von der Situation überwältigt werden. Die in der traumatischen Situation erlebte bedrohliche Realität wird auf diese Weise immer wieder in den sozialen Beziehungen konkretisiert bzw. wiederholt, was zu einer Kette sich wiederholender Retraumatisierungen führen kann.

5.6.9 *Die Zerstörung der Erzählung*

Das Trauma drückt sich oft in bizarrem Verhalten aus, das für die BetreuerInnen nur mühselig zu dechiffrieren und in seiner Bedeutung zu verstehen ist, geschweige denn, dass eine Sprache dafür gefunden werden kann. Das Trauma bildet ein Loch in der Psyche des Menschen. Der Gewalttäter ist nicht mehr eine äussere verfolgende, politische Macht, die vernichten will, sondern er hat sich in der Psyche der Opfer angesiedelt. Dort tritt er als grenzenlose Angst, als dissoziierte Aggression oder als psychische Leere in Erscheinung. Manche Lebensgeschichten der KlientInnen sind zu Alpträumen geworden, aus denen sie nie mehr richtig erwachen, deren Narrative nicht mehr, so wie wir es gerne hätten, logisch rekonstruierbar sind. Die Menschen mussten sich an den Verlust von Menschen, an den Tod und die Todesangst gewöhnen und können diese Erlebnisse selbst nach der gelungenen Flucht und der Gewährung von Asyl nicht verarbeiten. Die Grenze zwischen Wirklichkeit und Phantasie wurde gestört, weil die gewalttätige Wirklichkeit einen psychotischen Kosmos realisiert hat, der die grausamen, oft gewalttätigen, sadistischen Phantasien überboten hat. In den aktuellen Konflikten mit der Umwelt kann vom Traumatisierten zwischen der Wirklichkeit und den angstbesetzten Phantasien nicht mehr unterschieden werden. Im Übergangsraum des EPZ, der Sicherheit und Halt anbietet und eine Begrenzung repräsentiert, brechen die angstvollen Phantasien in Form einer Paranoia herein und bedrohen das Subjekt und den Übergangsraum mit Zerstörung. In der Krise versucht das Team, im

beharrlichen Insistieren auf einer Nichtzerstörbarkeit einen Gegenentwurf zur Angst der Asyl Suchenden vor der Zerstörung und Selbstzerstörung zur Verfügung zu stellen (vgl. dazu die Fallvignetten in diesem Kapitel). Die nachträglich rekonstruierten Lebensgeschichten, die man als Fachperson wie ein Fährtenleser oder Spurensucher über einen langen Zeitraum hinweg verfolgen und wie ein Puzzle detektivisch zusammensetzen und nacherzählen, bis sich Muster erkennen lassen, lesen sich dann nicht wie Krankengeschichten, die sich, wenn der therapeutischer Prozess einmal abgeschlossen ist, wie eine Novelle anmuten. Es ist vielmehr eine lose Reihe bizarrer Fragmente, die wiederholt auf eine traumatische Leerstelle in der Psyche bzw. auf das Unsagbare verweist. Die Fragmente widersetzen sich ebenso sehr der Einfühlung wie sie sich einem raschen Verständnis entziehen. Das im Umgang mit Traumatisierten favorisierte Dispositiv der erzählten Lebensgeschichte, das mit einer Heilsperspektive schwanger geht, unterschlägt, dass Symbolisierungsprozesse, die, wenn sie gelingen, Besserung vom Leiden versprechen, immer unmittelbar kulturgebundene Prozesse und deshalb nicht universal gültig sind. Therapeutische Arbeit mit traumatisierten Asyl Suchenden ist deshalb eine langwierige, hartnäckige und mitunter irritierende Beziehungsarbeit jenseits der Couch.

Den beschriebenen inneren Widerständen, die eigene Geschichte - Geschichte nicht nur im biographischen Sinne, sondern auch als Herkunftsgeschichte, als Zugehörigkeit zu einer Familie, zu einer Gruppe und zu einer Gesellschaft - erinnern zu können, sind die äusseren Rahmenbedingungen komplementär. Der innere Widerstand, die eigene Geschichte zu erzählen, hat mit den schwierigen Bedingungen der Anerkennung von Asyl zu tun. Solange die eigene Geschichte wie ein Damokles-Schwert über den Flüchtlingen hängt, da aufgrund dieser Geschichte über Verbleib oder Verlassen des Aufnahmelandes entschieden wird, gibt es auch äussere Gründe, die ein Erinnern schwer machen. Es werden dann Geschichten „konstruiert“, die vermeintlich dem/r Asyl Suchenden in der Anerkennung von Asyl helfen. Die eigene Geschichte und die konstruierte Geschichte vermengen sich auf diese Weise innerlich und äusserlich, wie auch die inneren Widerstände sich mit den Äusseren vermengen. Diese Verknotung stellt ein zusätzliches Hindernis in der Aufarbeitung dar, sodass oft erst Jahre später die unverfälschte eigene Geschichte auftauchen kann.

Unter den Bedingungen der Unsicherheit von vorläufigen Aufnahmen – oft über Jahre hinweg – ist eine Erinnerung und Aufarbeitung der eigenen Geschichte nur mit Einschränkungen möglich. Eine Sicherstellung des Aufenthaltes wäre unter dem Aspekt der Behandlung von Traumatisierten und psychisch Kranken begrüssenswert (vgl. KAMM et al., 2003).

5.6.10 *Szenen und Fallvignetten aus dem EPZ-Alltag*

- Das Ereignis geschah kurz nach der Aufnahme des Klienten im EPZ. Herr N. beabsichtigte, diverse Einkäufe im Brockenhaus zu machen. In Begleitung seines Mitbewohners Herrn C. wurde Herr verdächtigt, einen gebrauchten Waschhandschuh entwendet zu haben. Daraufhin eskalierte die Situation, da Herr N. sich gegen jede Anschuldigung lautstark und aggressiv zur Wehr setzte, worauf der Ladenbesitzer die Polizei holte, die Herrn N. festnahm. Die Festnahme geschah mit hohem Einsatz von Gewalt. Mehrere Polizisten drückten Herrn N. trotz Intervention von Herrn C., der sich bemühte zu betonen, dass Herr N. psychisch krank sei, zu Boden. Infolge der Eskalation kam es zu einer Klinikeinweisung von Herrn N. Bei der späteren Gerichtsverhandlung wiederholte sich die hohe emotionale Belastung von Herrn N., und er setzte in der Verhandlung den Vorfall im Geschäft so lebhaft in Szene, dass sich erneut der Eindruck mitteilte, dass die Gewalt von ihm ausging. So konnte die Verhandlung aus Sicht von Herrn N. nur enttäuschend verlaufen, und Herr N. wurde in seiner Wahrnehmung der unrechten Behandlung und des latenten Rassismus bestätigt. Herr N. verknüpfte die traumatischen Erlebnisse in seinem Heimatland mit den aktuellen Ereignissen, die einen retraumatisierenden Charakter (Wiederholung der Ohnmachtssituation) annahmen. Parallel dazu entwickelte sich auch die Geschichte von Herrn C. dramatisch. Die Aufforderung, als Zeuge vor Gericht zu erscheinen, löste bei ihm massive Ängste aus, da er eine Ausweisung dahinter vermutete. In der Folge unternahm er einen Suizidversuch und musste mehrere Wochen in der psychiatrischen Klinik verbringen. Dort hat die Vernehmung schliesslich stattgefunden.
- Herr B. hat seine Frau, die von der Polizei vergewaltigt, gefoltert und getötet worden war, verloren. Seine beiden Töchter sind im Herkunftsland geblieben und werden von Verwandten versteckt. Er ist stark depressiv und zwischendurch suizidal. Er hat Schuldgefühle, weil er geflohen ist und seine Töchter zurückgelassen hat, wenngleich er keine andere Wahl gehabt hat. Er ist in psychiatrischer und externer psychotherapeutischer Behandlung. Nach einer längeren Zeit des Rückzugs ist er im EPZ „aufgetaut“, sucht Kontakt zu seinem EPZ Betreuer und kann mit ihm über seine Gefühle und Probleme sprechen. Manchmal betäubt er sich, um seinen Schmerz zu vergessen, mit Alkohol oder Medikamenten. Herr B., der sich mit einer traumawandlerischen Sicherheit bewegt, sucht inneren Halt auf einer spirituellen Ebene. Er identifiziert sich mit einem allmächtigen Helferideal und ist den anderen Mitbewohnern behilflich, die ebenso bedürftig sind wie er. Das hilft ihm.
- Herr O. kommt aus dem Nahen Osten. Er war dort im Gefängnis inhaftiert, wo er gefoltert und misshandelt wurde. Er hat dem Betreuer seine Wunden gezeigt und ihn zum Zeugen gemacht, damit ihm geglaubt wird. Er leidet regelmäßig unter Alpträumen und Schlaflosigkeit, unter Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen, Atemnot, starken Depres-

sionen und zeitweiliger Suizidalität. Die Erinnerungen an die Vergangenheit schmerzen ihn. Er besucht regelmäßig ein Ambulatorium der PUK und wird mit Medikamenten behandelt. Es brauchte seitens der BetreuerInnen viel Zeit und Geduld, bis er in das EPZ Vertrauen fasste. Er sucht das Büro häufig auf. Noch vor kurzem arbeitete er als Kellner, verlor aber die Arbeitsstelle, weil er Konflikte inszenierte, die gewaltsam endeten. Er fühlt sich regelmäßig von seinen Kollegen ins Unrecht gesetzt und ist dann in seinen Gedanken auf diese Konflikte fixiert, die zwanghaft als „acting out“ nach Realität drängen. Ohne es zu wissen, wird er in einer Umkehr vom Bedrohten zum Angreifer, vom Verfolgten zum Verfolger. Wenn es zu gewalttätigen Szenen mit dem übermächtigen Gegner kommt, ist er wie außer sich und weiß dann nicht recht, was und wie ihm passiert. Man könnte in bezug auf die Szenen von „Flash-backs“ sprechen, die aus der Vergangenheit kommen.

- Herr P. will das EPZ verlassen. Er verspricht sich viel vom Wohnungswechsel. Er möchte gleichsam durch den Wohnungswechsel auch seine Vergangenheit vergessen machen und seine Verfolger hinter sich lassen. Auch der EPZ-Betreuer ist zu einem Verfolger geworden, dem er nicht mehr trauen kann, da er sich in den Verlauf des Asylverfahrens in beängstigender Weise eingeschaltet hätte. Dem vorausgegangen ist auch eine andere Verfolgung: Die Ärzte in der Schweiz hätten ihn mit einer Spritze krankgemacht. Auch vielfältige somatische Beschwerden begleiten seinen Aufenthalt im EPZ. Der vollzogene Wohnungswechsel hat jedoch den gegenteiligen Effekt. Statt der erhofften Entlastung von den Verfolgern, taucht nun erst recht, nachdem er die ersehnte äußere Veränderung vorgenommen hat, seine innere Welt in der äusseren Welt auf: der Straßenbahnlärm, die Verkehr Geräusche oder die seltsamen Nachbarn hindern ihn daran, in der neuen Wohnung zu bleiben. Er möchte erneut die Wohnung wechseln.
- Als Frau K. aufgrund eines negativen Asylbescheides die Ausweisung droht, bekommt sie spontan Halsschmerzen. Erst beschwert sie sich über den Bescheid im Büro, dann schließt sie sich in ihrer Wohnung ein und entwickelt paranoide Ängste. Sie fühlt sich von den MitbewohnerInnen des Hauses verfolgt und wagt es nicht mehr, die Wohnung zu verlassen. Erst allmählich erkennt sie, dass sie normale Reaktionsweisen der Bewohner wahnhaft als Bedrohungsszenario missinterpretiert hat.
- Nach dem Attentat auf das World Trade Center in New York klagt Herr E. im Büro über massive Ängste und quälende Erinnerungen an den Krieg in Bosnien, die ihn nicht mehr loslassen. Es sind Bilder von Granaten, Lärm und Bombeneinschlägen, Bilder von Leichen und Tötungen, die ihn verfolgen und in seinem Kopf sind und ihn belasten. Er kann nicht schlafen. Erst die Einnahme von Psychopharmaka hilft ihm, sich zu beruhigen.

- Herr K. droht, nachdem er gebeten worden war, hausintern eine Wohnung zu wechseln, dem Betreuer mit Mord und Selbstmord. Erst die gemeinsam durchlittene Todesangst, das „präsent werden“ des Todes und der Todesangst in der Beziehung von Herrn K. zum Betreuer, ihre Wiederholung und gleichzeitige Überwindung war Voraussetzung dafür, dass die Beziehung zum EPZ-Betreuer vorsichtig lebendig wurde und Vertrauen entstand.
- Frau M., die im EPZ auffällig angepasst war, hat wenige Wochen, nachdem sie einen positiven Asylentscheid erhalten hatte, Suizid begangen. Erst nach ihrem Tod erfuhren wir, dass sie in ihrem Heimatland von mehreren Soldaten vergewaltigt worden war. Sie hatte weder mit einem Arzt noch mit dem EPZ über ihr Leid gesprochen.

5.6.11 *Das therapeutische Potential des EPZ: Gruppe als Containment*

Das therapeutische Potential des EPZ liegt im Zugang über die Alltagsrealität. Es liegt in der sensiblen Wahrnehmung der KlientInnen im Alltagskontext. Das Potential liegt dort, wo sich die Traumata meist überhaupt erst einmal verschoben und verdichtet in Form eines bizarren Verhaltens zeigen. Was nicht symbolisch repräsentiert werden kann, zeigt sich vorerst im „schrägen“ Verhalten und findet Einlass in die lebendigen Beziehungen, in denen die Zerstörung Gestalt annimmt. Im EPZ kann die Erfahrung der KlientInnen von Zerstörung und Tod in ihrer Subjektivität und ganzen Intimität, die sonst von der Residenz-Gesellschaft nicht zugelassen bzw. verdrängt wird, erst einmal als solche wahrgenommen, ausgehalten, anerkannt und der Schmerz darüber zur Kenntnis genommen werden. Die Fachpersonen, die über eine offene Wahrnehmung verfügen, werden zu Zeuginnen des verletzten Lebens. Die Gruppe bzw. das Betreuerteam, dem eine entscheidende Bedeutung im EPZ zukommt, übernimmt dabei die Funktion des Haltens (Holding), bzw. die Funktion eines „gruppalen Containments“ (vgl. Kap. 5.2.5, *Gruppensettings*). Es gilt, auf einer archaischen Ebene „*wahr zu nehmen*“, „*da zu sein*“, „*Zeuge zu sein*“ und die „Kontinuität des Daseins“ durch eine „*aktive Präsenz*“ zu sichern. Es gilt, alltagspraktische Bedürfnisse auf einem niedrigen Niveau solange zu erfüllen, bis daraus ein Wünschen wird, das hilft. Gelingt die Symbolisierung der Zerstörung längerfristig nicht, drohen eine Verschlechterung des Zustandes oder immer schlimmer werdende Krankheiten.

Für viele Traumatisierte ist ein klassisches therapeutisches Setting - zumindest in der ersten Zeit - oft nicht möglich oder geeignet. Viele KlientInnen wollen keine psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen, da sie die Psychiatrie nicht als den adäquaten Ort für psychische Entlastung wahrnehmen. Oder sie sind aus dem einfachen Grund dazu nicht in der Lage, weil sie keine Zeitstrukturen einhalten können. Andere sehen in den Ärzten eine Bedrohung, wie Herr P., der seit Jahren davon überzeugt ist, dass ihm der Arzt an der Empfangs-

stelle eine langsam wirkende, tödlich verlaufende Spritze verabreicht hat (vgl. oben, *Fallvignette*).

Das EPZ stellt - nach den Bedürfnissen der KlientInnen - verschiedene Settings zur Verfügung. Im „Übergangsraum“ finden im Alltag flüchtigere, zufälliger, dann wieder intensivere, geplantere und vereinbarte Beziehungsinteraktionen statt. Sie entfalten ihre Kraft entlang des Alltags. Das Ziel der Beziehung ist zunächst ein „Halt und Raum“ geben, um Vertrauen neu entstehen zu lassen und dahingehend hilfreich zu sein, dass die traumatisierten Asyl Suchenden in der Lage sind, Selbstvertrauen zu finden und wieder Beziehungen einzugehen, bzw. dass es ihnen gelingt, neue Handlungsspielräume zu entdecken und damit den Kreislauf von Zerstörung und Selbstzerstörung zu durchbrechen. An Stelle der Gefühle von Angst, Verfolgung und permanenter Not, die sich mit Gefühlen der Depression abwechseln, kann im Alltag Trauer entstehen. Erst die einsetzende Trauer kann den Wiederholungszwang brechen und den Raum für etwas Neues öffnen. Das EPZ kann ein Ort werden, wo Raum zur Verfügung gestellt wird, der Trauerarbeit ermöglicht. Das spielerische Ausprobieren der Beziehungen mit den BetreuerInnen und gegenseitig in der Gruppe, das in einem Schonraum Gelingen und Scheitern erlaubt, kann idealtypisch formuliert die Erweiterung der sozialen Beziehungsfähigkeit, die Wiederentdeckung der beschädigten Lebens-, Arbeits- und Liebesfähigkeit bewirken. Der Gruppe als Betreuungsinstrument kommt im EPZ eine zentrale Aufgabe zu. Sie ist für die Extremtraumatisierten, denen die Flucht gelungen ist, die Verfolgung, Verluste erlitten, Zerstörung und Gewalt überlebt haben, überhaupt die Matrix für die Ausbildung neuer sozialer Beziehungen. Im Übergangsraum EPZ, in der Gruppe der Asyl Suchenden entstehen soziale Beziehungen, neue Filiationen und emotionale Bindungen, die - wie im EPZ-Alltag zu beobachten ist - einer gegenseitigen Haltefunktion entsprechen. Das EPZ wird für den traumatisierten Asyl Suchenden zu einem Ort für die Erprobung des Zugehörigkeitsgefühls zu einer „neuen Gemeinschaft“. Die Institution EPZ bildet die dafür notwendige „Gruppenhaut“ aus, die schützt und zugleich verletzlich und ständig davon bedroht ist, durch äussere oder innere Störfaktoren beschädigt zu werden. Der Schonraum kann mit einer nährenden und schützenden Basisstation (zum „*Holding*“ vgl. WINNICOTT, 1994:12) verglichen werden, die es erlaubt, der abgespaltenen Innenseite symbolischen Raum zu geben, wo Schmerzhaftes sein darf. Daneben entspricht der Schonraum einem sozialem Raum, von dem aus *im Realen* (LACAN, 1954) das soziale Terrain entdeckt, bzw. „erobert“ werden kann. Im Wechselspiel von Progression und Regression kann trotz der übermächtigen Fremdbestimmung etwas Neues entstehen und eingeübt werden. Voraussetzung für diese kleinen Veränderungsschritte ist, dass der Status der Betroffenen einigermaßen abgesichert ist, weil sonst die Angstentwicklung zu groß bleibt. Ein zu viel an Angst frisst die Seele auf und macht sie krank.

Entscheidender als die Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse der Vergangenheit ist zunächst die Berücksichtigung des aktuellen Kontextes, in dem die Asyl Suchenden leben und eingebettet sind. Es gilt, im Alltag Präsenz zu zeigen und stützende Hilfestellung anzubieten.

5.6.12 *Zeugenschaft, Grenzgänge und schwaches Gelingen, brüchige Narrative*

So steht denn im EPZ vorerst die Absicht, dem beschädigten Leben Raum zu geben, die Anerkennung der individuellen Leiderfahrung und deren Entprivatisierung und nicht eine „Heilung“ im Vordergrund der Bemühungen. Die Verletztheit der Menschen ist nicht das Produkt einer Krankheit, sondern ist Teil eines gesellschaftlichen Prozesses. Erst nachdem zu den BetreuerInnen ein Vertrauensverhältnis aufgebaut ist, beginnen einzelne Asyl Suchende über ihre belastenden Erlebnisse in der Vergangenheit zu sprechen. Häufig kann erst nach einer gewissen Zeit eine Grundstabilität entstehen und das Hinzuziehen von externen TherapeutInnen in Erwägung gezogen werden. Eine Gewissheit für das Gelingen besteht aber nicht. Bestenfalls kann ein zwischenmenschlicher Raum angeboten werden, wo eine vorsichtige Annäherung an das Unausprechliche stattfinden kann, denn innerhalb der unsicheren Bedingungen, in denen die Asyl Suchenden zu leben gezwungen sind, kann eine Traumatisierung nicht wirklich bearbeitet werden. Doch in manchen Fällen tritt zumindest eine Stabilisierung des Zustandes ein. Massive Symptome können verschwinden, und ein einigermaßen angstfreies Leben wird möglich. Ein Indiz für eine Besserung kann sich in einem Rückgang von Notfalleinweisungen zeigen (vgl. Kap. 7.2, *Verlaufsstudie*). Kleine Entwicklungsschritte - wie die Entwicklung neuer Freundschaften, die regelmäßige Teilnahme an einem Beschäftigungsprogramm, das Behaltenkönnen einer Arbeit über einen längeren Zeitraum hinweg, ohne sie zu verlieren oder der Bezug einer eigenen Wohnung - müssen bereits als Erfolg bewertet werden.

Die traumatische Leere, die eine Verbalisierung der Ereignisse verhindert hat, kann anerkannt, betrauert und vielleicht überwunden werden, indem Abgespaltenes psychisch repräsentiert und reintegriert wird. Im ungünstigen Fall ist das EPZ neben der Klinik die letzte Anlaufstation, die Halt gibt und einen Rahmen für Fragmentarisches und Chaotisches bildet, das unverstanden bleibt. Die Lebensbewältigung der Traumatisierten bleibt dann prekär und gehorcht einer Strategie des Überlebens in ständiger Not. Ein Leben, das weniger belastet ist, wird nicht gefunden.

5.6.13 *Empfehlungen und Vorschläge für Standards*

- Traumatisierte Asyl Suchende haben einen hohen Bedarf an Gesundheitsversorgung. Sie haben, auf den sozialpsychiatrischen und psychosozialen Bereich bezogen, einen relativ schlechten Zugang zum Gesundheitssystem. Wenn sie Hilfe suchen, tun sie das - wenn überhaupt - beim praktischen Arzt. Oft suchen sie auch nicht Hilfe für sich, sondern für Familienangehörige. Es ist entscheidend, dass die Probleme und die KlientInnen zu einem richtigen Ort, sprich zu einer Facheinrichtung finden, wo Leiden nicht im vorneherein medicalisiert wird.
- Die therapeutische Arbeit mit Traumatisierten umfasst nicht nur den dafür vorgesehenen, typisch therapeutischen Raum, sondern geht über diesen hinaus und legt das Augenmerk auf den erweiterten aktuellen sozialen Kontext der Asyl Suchenden. Der in diesem Verständnis erweiterte therapeutische Raum umfasst die gesamten Lebens- Wohn-, Beschäftigungs- und Arbeitsverhältnisse. Er schließt Sozialarbeit, die Organisation der Gesundheitsversorgung, die Unterstützung für den Asyl Suchenden bei Arbeits- und Beschäftigungsprojekten, die Förderung des schulischen und außerschulischen Lernens (Sprachkurse) mit ein. Die Form der „ganzheitlichen“ Betreuung („Containing, Holding und Gruppe“) wirkt einer drohenden Fragmentierung der traumatisierten Asyl Suchenden entgegen und ist stabilisierend.
- Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses muss als grundlegend für den Kontakt mit Traumatisierten angenommen werden. Da ein Zeichen einer Traumatisierung die Zerstörung des Vertrauens ist, ist oft ein über lange Zeit hinweg konstanter Bezugsrahmen nötig, damit sich überhaupt eine Vertrauensbeziehung entwickeln kann. Erst nach einer gewissen Zeit im EPZ ist häufig die Voraussetzung dafür gegeben, dass die Betroffenen das Gesundheitssystem der Schweiz adäquat nutzen oder eine ambulante Psychotherapie beginnen können.

- Damit eine Vertrauensbeziehung aufgebaut werden kann, sind folgende äußeren wie inneren Bedingungen notwendig: Als innere Faktoren eines Projektes können qualifizierte MitarbeiterInnen bezeichnet werden, die es verstehen, die nötige professionelle Haltefunktion einzunehmen. Obligate und konzeptionell verankerte Gruppensitzungen, fallbezogener Austausch, Super- und Intervision, Fort- und Weiterbildung erlauben erst die Entwicklung und Sicherstellung einer professionellen Haltung, die dann in der Alltagspraxis wirksam werden kann. Als äußerer Faktoren bedarf es der institutionellen wie finanziellen Absicherung des Projektes.
- Um sich der Komplexität von Traumata annehmen zu können, braucht es die Gruppe, Gruppenkonzepte und Gruppensettings (vgl. SCHÄR SALL, 2003). Die Gruppe kann z.B. eine drohende "Ansteckung" des Traumas verhindern oder zu bedrohliche duale Abhängigkeiten entschärfen und Flexibilität, Abgrenzung, Angleichung, Auswahl, Distanz, aber auch Entängstigung, Sicherheit und Beruhigung bieten.
- Der Schmerz, den Asyl Suchende empfinden, gilt noch nach Jahren des Exils der verlorenen „Heimat“, den zurückgelassenen Familienmitglieder und den Toten, die nicht betrauert worden sind. Sie gilt den Verlusten insgesamt, die sie erlitten haben. Die blockierte Trauer lastet selbst nach Jahren noch wie ein Alptraum auf dem Gemüt der Asyl Suchenden. Eine stützende, relativ angstfreie Umwelt (vgl. „*good enough mother*“, WINNICOTT, 1994) ist Voraussetzung dafür, dass vereiste Trauer sich lösen kann. Dann erst kann sich ein Raum für eine Zukunft öffnen. Ohne die Vergewisserung über die beschädigte Herkunft und den endgültigen Abschied vom Verlorenen ist keine Zukunft möglich. Der prekäre Rechtsstatus, der eine Quelle ständiger Furcht und Unsicherheit der Asyl Suchenden im Exil ist, stellt ein Hindernis dar, das Vergangene zu betrauern, neu zu beginnen und eine bessere Zukunft zu finden.

5.7 Gender, Migration und Gesundheit

5.7.1 *Einleitung*

Der Asylstatus birgt unabhängig vom Geschlecht hohe gesundheitliche Risiken. Dennoch unterscheiden sich gewisse Problemlagen von Frauen von denjenigen der Männer. Da die Verbindung Geschlecht-Migration-Gesundheit bis heute weder konzeptionell noch praktisch systematisiert wurde, wurde versucht, sich diesem Thema von der Praxis aus anzunähern und der Frage nach spezifischen (Gesundheits-) Problemlagen, Stressfaktoren und Risiken von traumatisierten und/oder psychisch kranken Frauen und Männern im Hinblick auf ihre Lebenszusammenhänge nachzugehen. Es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden angewandt. Aufgrund der kleinen Stichprobe liegen jedoch keine gesicherten Erkenntnisse vor.

Um die Problematik besser erfassen zu können, wurde zwischen folgenden Gruppen unterschieden:

Alleinstehende Frauen (n=14) und Männer (n=38) / Alleinerziehende Frauen (n=6) und Männer (n=1) / Familienfrauen (n=9) und Familienmänner (n=10). (Auswahl: alle KlientInnen des Jahres 2002).

Die untersuchten Bereiche sind die psychischen, somatischen und sozialen Erscheinungsbilder; die Nutzung der Betreuungs- und Medizinsysteme; die Teilnahme am Arbeitsmarkt oder die Nutzung von Beschäftigungsprogrammen (soziale Integration als gesundheitsfördernder Faktor) sowie die Frage der Rückkehr.

5.7.2 Resultate

Geschlechtsspezifische Verteilung im EPZ

	Geschlecht		
	♂	♀	
Kinder und Jugendliche (–18)	16	20	36
Erwachsene (19–)	49	29	78
Total	68	51	119

Tabelle 5.1

Im Vergleich mit der Asylstatistik des BFF 2002 entspricht die Geschlechterverteilung im EPZ der Verteilung der Statistik des BFF (vgl. Asylstatistik BFF, 2002).

Chronifizierung

	Geschlecht		
	♂	♀	
Mit Rente	4	1	5
Rente beantragt	2	6	8

Tabelle 5.2

Rund 24 % der Frauen (7 Nennungen bei 29 Frauen) sind bei der IV angemeldet oder erhalten eine IV-Rente. Dabei handelt es sich ausschliesslich um alleinstehende Frauen. Dieser Anteil ist verglichen mit dem Anteil der Männer (12 %, die bei der IV angemeldet sind oder eine Rente erhalten, 6 Nennungen bei 49 Männer) hoch. Dies verweist auf einen hohen Chronifizierungsgrad sowie auf eine erhöhte Vulnerabilität bei der Gruppe der alleinstehenden Frauen.

Dazu sei auch ergänzt, dass gesamtschweizerisch die Anzahl Männer bei den Asyl Suchenden (ohne vorläufig Aufgenommene) deutlich höher ist als die Anzahl der Frauen, dass jedoch bei der Zuerkennung der vorläufigen Aufnahme die Geschlechterverteilung beinahe gleich gross ist (vgl. Asylstatistik BFF, 2002). Dies weist – berücksichtigt man, dass die Zuerkennung einer F-Bewilligung häufig aus gesundheitlichen Gründen erfolgt – ebenso auf die besondere Vulnerabilität und auch den Chronifizierungsgrad der Frauen hin.

Psychische, somatische und soziale Erscheinungsbilder

	Alleinstehende				Familien		
	m		w		m	w	
	ohne Kind	mit Kind(ern)	ohne Kind	mit Kind(ern)			
Depression	18	1	10	4	6	3	42
Primäre und sekundäre Trauma-Störung auf Grund von Krieg, Folter, Vergewaltigung, anderer Gewalterfahrung oder sequentieller Traumatisierung in der Schweiz	14	-	8	2	3	2	29
Schwere familiäre Konflikte (z.B. Missbrauch, Gewalt in der Familie)	4	1	1	5	8	8	27
Suizidalität	11	1	7	3	2	-	24
Schwere psychische Krankheit (z.B. Schizophrenie, wiederholte psychotische Episoden)	16	-	5	-	-	1	22
Somatische Erkrankung	7	1	2	2	2	5	19
Psychosomatische Störungen und Krankheiten	4	-	2	2	3	3	14
Schwere Persönlichkeitsstörung (z.B. paranoide Verarbeitung des aktuellen Geschehens, Borderline-Persönlichkeit)	6	1	2	1	3	1	14
Suchtprobleme	10	1	1	1	1	-	14
Verwahrlosung	5	-	1	-	-	-	6
Gewalttätigkeit	4	1	-	-	-	-	5
Schwache kognitive Fähigkeiten	-	1	1	1	-	-	3
Entwicklungsstörungen	-	-	-	-	-	-	-
Schulschwierigkeiten	-	-	-	-	-	-	-
Total Nennungen	99	8	40	21	28	23	219
Anzahl Personen	38	1	14	6	10	9	78

Tabelle 5.3: Berücksichtigt sind alle erwachsenen KlientInnen (exkl. Begleitpersonen), welche im Jahr 2002 durch das EPZ betreut wurden. Die Differenz zwischen Anzahl Frauen und Männer unter der Rubrik *Familien* beruht darauf, dass die Fallführung eines Vaters bis zu dessen Ausreise beim EPZ belassen wurde. Der Rest der Familie wurde durch eine andere Institution betreut. – Die Kategorie der alleinerziehenden Männer wurde aufgrund der kleinen Stichprobe (n=1) bei den qualitativen Auswertungen nicht berücksichtigt.

Frauenspezifisch

Alleinstehende Frauen mit Kindern haben - nach den kinderlosen, alleinstehenden Frauen - den höchsten Anteil an depressiven Erkrankungen (4 Nennungen bei 6 Frauen, 67 %). Alarmierend ist, dass rund die Hälfte dieser Frauen suizidgefährdet ist. Wie bei den

Familienfrauen sind auch bei dieser Gruppe schwere familiäre Konflikte und psychosomatische Störungen und Krankheiten weit verbreitet. Dies sind Hinweise auf die hohe Belastung und Vulnerabilität dieser Frauen: Sie sind alleinerziehend und haben eine hohe durchschnittliche Kinderzahl (2.6 Kinder, die tatsächlich mit ihnen leben), und neben ihrer Krankheit bedeutet das Fehlen sozialer Netze in der Migration eine Erschwernis. Ein weiterer Belastungsfaktor sind häufige Familientrennungen: Die Hälfte dieser Frauen hat Kinder, die – migrationsbedingt – getrennt von ihnen leben. Ebenfalls die Hälfte der Frauen wird von ihren Ex-Ehemännern bedroht (u.a. Morddrohungen, Androhung von Kindesentführung).

Alleinstehende Frauen ohne Kinder leiden von allen Gruppen am häufigsten an depressiven Erkrankungen (10 Nennungen bei 14 Frauen, 71 %) und nach den alleinstehenden Männern am häufigsten an schweren psychischen Krankheiten (5 Nennungen bei 14 Frauen, 36 %). Auffällig ist der hohe Anteil an traumatisierten Frauen: 57 % (8 Nennungen bei 14 Frauen) dieser Frauen leiden an primären und sekundären Trauma-Störungen. Dabei ist gender violence ein besonders hohes Gesundheitsrisiko, und es ergeben sich Krankheitsbilder, die in engem Zusammenhang mit geschlechtsspezifischen Ursachen stehen. Ein erhöhtes Gewaltrisiko besteht sowohl während der Kriegszeit als auch auf der Flucht und setzt sich im Migrationsland fort (sequentielle Traumatisierung).

Gerade Frauen, die in ihrem Heimatland traumatisiert wurden, sind in der Migration vermehrt Gewaltsituationen ausgesetzt, da sie ihre Traumatisierungen in der Aussenwelt reinszenieren. Bei ca. einem Drittel der alleinstehenden Frauen führt die Prostitution (als Überlebensstrategie) zu einem erhöhten Risiko von Gewalt und Verwahrlosung (vgl. Kap. 7.1 *Verlaufsstudie*).

Ergänzt und spezifiziert werden kann dies durch die qualitative Erfassung von den Gewalterfahrungen der Frauen im Heimatland und in der Migration. Etwa 2/3 der Frauen erlitten sexuelle Gewalt. Der tatsächliche Anteil dürfte jedoch noch höher sein, denn aufgrund gesellschaftlicher Tabus zählt erfahrene sexuelle Gewalt zu den von Seiten der Opfer am schwersten auszusprechenden Verletzungen. Sie ist häufig sprachlich vorerst nicht fassbar und erst in der Kontinuität der Beziehung wahrnehmbar. Unserer Erfahrung nach werden die nicht ausgesprochenen Gewalterfahrungen häufig in den sozialen Beziehungen reinszeniert (vgl. Kap. 5.6, *Trauma*), sodass es wichtig ist, im (Alltags-) Kontext zu arbeiten, um überhaupt spezifische Probleme wahrnehmen zu können.

Andere Frauen sprechen indirekt über ihre Gewalterfahrungen, wie z.B. eine Frau aus einem osteuropäischen Land, die in der Schweiz an ihrem Arbeitsplatz mehrfach vergewaltigt und spitalreif zusammengeschlagen wurde. Die Vergewaltigung war nie unmittelbar ein Thema, im Zentrum der Gespräche mit der Betreuerin standen ihre Zahnbehandlungen, denn ihre Zähne waren beim Überfall stark beschädigt worden. Über die Zähne konnte sie

ihre Verletztheit zum Ausdruck bringen. Wichtig war, ihr einen zwischenmenschlichen Raum anzubieten, wo das nicht Aussprechbare symbolisch präsent war und ihr Leiden gehalten werden konnte.

Im Zusammenhang mit den Gewalterfahrungen dürfte auch die hohe Suizidalität dieser Frauen stehen (7 Nennungen bei 14 Frauen, 50 %). Aus Studien ist bekannt, dass die Suizidrate von Frauen, die sexuelle Gewalt erlitten haben, 4–5mal höher ist als bei Frauen ohne Gewalterfahrung (GILLIOZ, 1997). In der Praxis hat sich auch gezeigt, dass der Werther-Effekt (Nachahmungseffekt bei vollzogenem Suizid) anlässlich von Suiziden im EPZ bei Frauen eine grössere Rolle spielt als bei Männern. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass die Lebenswelt der Frauen – anders als diejenige von Männern, die sich eher im öffentlichen Raum bewegen – mehr auf das EPZ beschränkt ist, dass sie engere soziale Beziehungen zu den MitbewohnerInnen pflegen und dass Veränderungen im Haus allgemein grössere Wirkungen zeigen.

Die Kinderlosigkeit stellt bei alleinstehenden Frauen ein besonderes Problem dar, da sich ihr Selbstverständnis und das damit verbundene Selbstwertgefühl häufig mit der Rolle als Mutter verbinden. Je weiter das Alter dieser Frauen voranschreitet (und die damit verbundene Möglichkeit, noch Kinder zu bekommen, schwindet), desto drängender wird auch dieser Konflikt.

Die gleichzeitig bestehende Vulnerabilität verunmöglicht es Frauen jedoch häufig, eine Beziehung aufzubauen und damit möglicherweise auch eine Familie zu gründen. Vielmehr kommt es ja zur oben beschriebenen Retraumatisierung von Gewalterfahrungen in den Beziehungen zu Männern.

Bei *Familienfrauen* kommen schwere psychische Krankheiten selten und Suizidalität nicht vor. Dazu ist zu sagen, dass der Eintritt ins EPZ bei der Mehrheit der Familien aufgrund der Krankheit des Mannes erfolgte. Familienfrauen bleiben im Allgemeinen psychisch stabiler als ihre Männer, unabhängig vom Herkunftsland. Da sie ihre Mutter- und Hausfrauenrolle auch in der Migration weiterhin einnehmen, leiden sie weniger als die Männer unter Statusverlust und Erfolgsdruck. Falls Familienfrauen erkranken, so handelt es sich um psychosomatische Störungen und somatische Krankheiten. Dies dürfte eine Folgewirkung der hohen Belastung der Familienfrauen durch ihre kranken Ehepartner sein. Ein Hinweis dafür ist auch, dass diese Gruppe am häufigsten an familiären Konflikten leidet. Bei drei der untersuchten Familien stellen auch vorgängige länger dauernde Trennungen der Familie eine hohe Belastung dar, weil einer der Ehepartner Jahre früher als der andere in die Schweiz einreiste. In zwei der Familien migrierte der Mann zuerst allein und wurde

krank, in einer Familie musste die Frau in der Schweiz während Jahren eine Funktion übernehmen, welche der nachgereiste Mann ihr nun aufgrund traditioneller Rollenbilder nicht mehr gestattet. Dies resultierte in allen Fällen in einer Entfremdung, und in diesen Familien sind implizit oder explizit Trennungs- und Scheidungswünsche vorhanden (zu den Auswirkungen des Wanderungsprozesses auf die Familiendynamik (vgl. GÜÇ, 1990; vgl. Kap. 7.3, *Verlaufsstudie*).

Beschneidungsthematik

Die Beschneidungsthematik ist nur unzureichend pauschal zu beschreiben, kann jedoch im spezifischen Kontext ausführlicher und exakter aufgezeigt werden, insbesondere, was die Frage der Traumatisierung betrifft. Eine Beurteilung der Frage, ob eine Beschneidung einen traumatischen Effekt hat, kann deshalb nur unter Berücksichtigung der jeweiligen Begleitumstände (Art der Beschneidung, kulturspezifische Körperkonzepte sowie Alter, familiärer und sozialer Kontext, in welchem die Beschneidung stattfand) vorgenommen werden. In der Verlaufsstudie Kap. 7.1 wird eine Annäherung an das Thema versucht.

Männerspezifisch

Im Vergleich zu allen anderen Gruppen leiden *alleinstehende Männer* ohne Kinder am häufigsten an schweren psychischen Krankheiten (16 Nennungen bei 38 Männern, 42 %), an Suchtproblemen (10 Nennungen bei 38 Männern, 26 %) und Verwahrlosung (5 Nennungen bei 38 Männern, 13 %). – Was ansonsten in unserem sozialen Kontext zu beobachten ist, zeigt sich auch hier: Männer scheinen generell grössere Probleme zu haben, ihr Leben alleine zu bewältigen. Einerseits sind sie in der eigenen Sozialisation häufig ungenügend darauf vorbereitet worden, alltägliche Dinge des Lebens wie Einkaufen, Kochen, Reinigen etc. zu meistern. Andererseits scheint die Aufteilung zwischen Arbeit und Beziehung auch hier eine Bedeutung zu haben, indem zwar Männer durchaus in der Lage sind, einer Arbeit nachzugehen und sich zurecht zu finden, jedoch häufig Schwierigkeiten haben, soziale Netze aufzubauen.

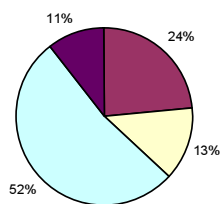
Des weiteren gibt es noch eine besondere Gruppe von alleinstehenden Männern. Diese haben ihre Frau oder die Kinder im Heimatland zurückgelassen und entwickeln daraus ein besonderes Leidenspotential (vgl. Kap. 7.5, *Verlaufsstudie*). Eine endgültige Beurteilung dieser Problematik lässt sich auf Basis dieser Studie nicht vornehmen. Hierzu bräuchte es neben statistischem Material einschlägige Langzeitstudien, um entsprechende Einsichten zu erlangen.

Wie bei den Familienfrauen kommen auch bei den *Familienmännern* schwere Krankheiten weniger vor als bei alleinstehenden Männern (Familie als Schutzfaktor). Nach den alleinstehenden Frauen ohne Kinder haben Familienmänner den höchsten Anteil an depressiven Krankheiten (6 Nennungen bei 10 Männern, 60 %) und von allen Gruppen leiden sie am meisten unter schweren Persönlichkeitsstörungen (3 Nennungen bei 10 Männern, 30 %).

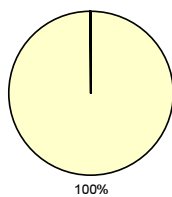
Nutzung der Betreuungs- und Medizinsysteme

	Alleinstehende				Familien		
	m		w		m	w	
	a) ohne Kind	b) mit Kind(ern)	c) ohne Kind	d) mit Kind(ern)	e)	f)	
Als Begleitperson im EPZ	-	-	-	-	-	-	-
Betreuung nur im EPZ	9	-	5	2	4	4	24
Betreuung im EPZ und intensive somatisch medizinische Behandlung	5	1	-	1	4	3	14
Betreuung im EPZ und psychiatrische oder externe psycho-therapeutische Behandlung	20	-	5	1	1	-	27
Betreuung im EPZ und psychiatrische oder externe psychotherapeutische und intensive somatisch medizinische Behandlung	4	-	4	2	1	2	13
Total	38	1	14	6	10	9	78

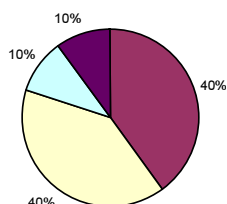
a) o. Kind – m – Alleinst.



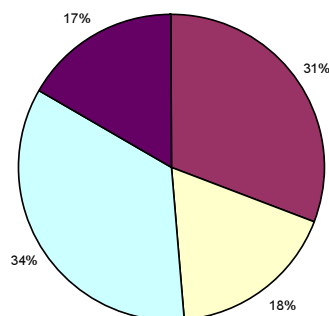
b) m. Kind – m – Alleinst.



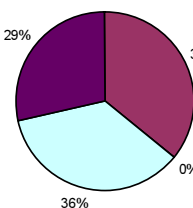
e) m – Familie



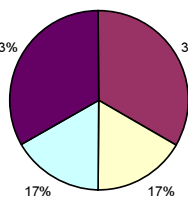
Insgesamt



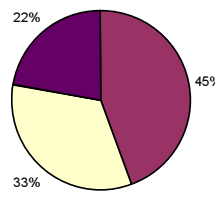
c) o. Kind – w – Alleinst.



d) m. Kind – w – Alleinst.



f) w – Familie



- Betreuung nur im EPZ
- Betreuung im EPZ und intensive somatisch medizinische Behandlung
- Betreuung im EPZ und psychiatrische oder externe psycho-therapeutische Behandlung
- Betreuung im EPZ und psychiatrische oder externe psychotherapeutische und intensive somatisch medizinische Behandlung

Tabelle 5.4

Generell nutzen *alleinstehende Frauen und Männer* die Medizinsysteme (insbesondere Psychiatrie) häufiger als Familienfrauen und -männer, sie sind vermehrt abhängig von aussenstehenden Systemen. Alleinstehende Männer nutzen die Psychiatrie und externe psychotherapeutische Angebote mehr als alle anderen Gruppen (was u.a. mit den Krank-

heitsbildern zusammenhängen könnte): mehr als die Hälfte von ihnen ist in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung (20 Nennungen bei 39 Männern, 51%). Hingegen nutzen alleinstehende Frauen (mit und ohne Kinder) die Kombination „psychiatrische und intensive somatische Behandlung“ am häufigsten (6 Nennungen bei 20 Frauen, 30%). Diese kombinierte Nutzung von medizinischen Systemen bestätigt auch die These der Vulnerabilität von alleinstehenden Frauen.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass *Frauen* aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Befindlichkeit eine erhöhte compliance zeigen: sie nehmen die Symptome früher wahr und nutzen Medizinsysteme kontinuierlicher als die Männer, welche häufig über Notfalleinweisungen in die Psychiatrie gelangen. Dies zeigt auch die markant längere Aufenthaltsdauer in den psychiatrischen Kliniken der alleinstehenden Frauen (vgl. Tabelle 6.18). Die längere Aufenthaltsdauer dürfte damit erklärbar sein, dass alleinstehende Frauen isolierter leben als Männer und so über ihren Aufenthalt in der Psychiatrie quasi soziale Netzwerke erhalten. Durch die langen Klinikaufenthalte der alleinstehenden Frauen kommt es zudem zu einer Anerkennung ihrer Krankheit.

Obwohl *Familienmänner* einen hohen Anteil an depressiven Erkrankungen aufweisen und von allen Gruppen am meisten unter schweren Persönlichkeitsstörungen leiden, (siehe oben), nutzen sie psychiatrische oder externe psychotherapeutische Angebote nur selten (1 Nennung bei 10 Männern).

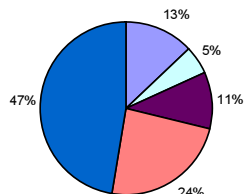
Dies dürfte verschiedene Ursachen haben. Durch ihren Status als Familienoberhaupt könnte das Aufsuchen eines Psychiaters/einer Psychiaterin in besonders hohem Mass schambesetzt sein. Hinzu kommt, dass Familienmänner ihren Wert als Arbeitskraft durch einen Aufenthalt in der Psychiatrie nicht gefährden wollen. Familienmänner nutzen jedoch am häufigsten von allen Gruppen intensive somatische medizinische Behandlungen (4 Nennungen bei 10 Männern, 40 %). Dies dürfte mit der Scham bei Männern und mit ev. mangelnder Krankheitseinsicht in Zusammenhang stehen. Männer tendieren dazu, ihre innerpsychischen Krankheiten zu externalisieren und so etwa körperliche Symptome für ihr Leid verantwortlich zu machen (vgl. Kap. 7.5, *Verlaufsstudie*; vgl. Stutz, 1999). Dafür spricht auch der hohe Anteil an psychosomatischen Störungen und Krankheiten der Familienmänner. Die spezifisch intensiven somatischen Behandlungen dürften jedoch auch mit den erschwerten Arbeitsbedingungen für Familienmänner zu tun haben. Gerade Familienmänner gehen häufig einer Arbeit nach, das Arbeitsangebot ist jedoch begrenzt und beinhaltet in der Regel schwere körperliche Tätigkeiten. Die Folgen dieser schweren Arbeitsbedingungen sind auch häufig somatische Erkrankungen.

Von allen Gruppen nutzen die *Familienfrauen* die Medizinsysteme am wenigsten, am häufigsten von allen Angeboten nutzen sie intensive somatische Medizin. Was die Nutzung des EPZ-Angebotes betrifft, verhalten sich die Familienfrauen bei der Inanspruchnahme der Gesprächsmöglichkeit mit den EPZ-Fachpersonen zurückhaltender als die alleinstehenden und alleinerziehenden Frauen, die sich eher öffnen. Dies dürfte auch damit zusammenhängen, dass die Familienmänner einem intensiven Kontakt mit den BetreuerInnen skeptisch bis ablehnend gegenüber stehen. Sie sehen das Büro als Ort der Emanzipation und wollen ihre Probleme lieber im Privatbereich belassen. Trotzdem umgehen viele Familienfrauen dieses Tabu, da sie häufig die ganze Last der Familie tragen und weil das Büro oft der einzige Ort für sie ist, wo sie Hilfe erhalten.

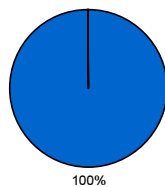
Teilnahme am Arbeitsmarkt / Beschäftigungsprogramme (soziale und ökonomische Integration)

	Alleinstehende				Familien		
	m		w		m	w	
	a) ohne Kind	b) mit Kind(ern)	c) ohne Kind	d) mit Kind(ern)	e)	f)	
Erwerbstätigkeit	5	-	3	1	2	-	11
Vollzeit Haus- und Familienarbeit	-	-	-	3	1	7	11
Ausbildung (Schule, Lehre)	-	-	-	-	-	-	-
Arbeitslosigkeit	2	-	2	-	3	-	7
Tätigkeit an geschütztem Arbeitsplatz	4	-	1	-	-	-	5
Tätigkeit in Beschäftigungsprogramm	9	-	2	1	1	-	13
Keine Beschäftigung resp. Ausbildung	18	1	6	1	3	2	31
Total	38	1	14	6	10	9	78

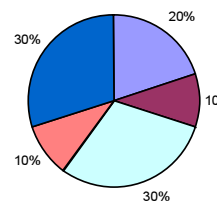
a) o. Kind – m – Alleinst.



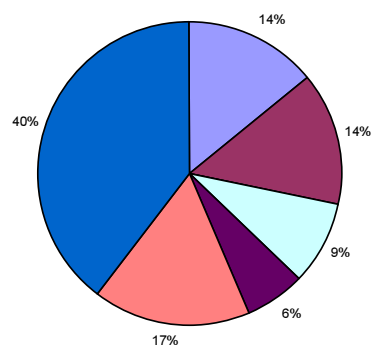
b) m. Kind – m – Alleinst.



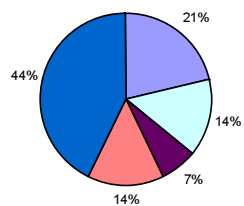
e) m – Familie



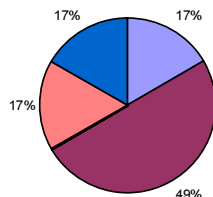
Insgesamt



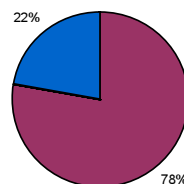
c) o. Kind – w – Alleinst.



d) m. Kind – w – Alleinst.



f) w – Familie



■ Erwerbstätigkeit
■ Ausbildung (Schule, Lehre)
■ Arbeitslosigkeit
■ Tätigkeit an geschütztem Arbeitsplatz
■ Keine Beschäftigung resp. Ausbildung
■ Vollzeit Haus- und Familienarbeit
■ Tätigkeit in Beschäftigungsprogramm

Frauenspezifisch:

Veränderungen in den Geschlechterrollen in der Migration können ein Stressfaktor (Risiko der Gewalterfahrung, soziale Isolation, ungewohnter Umgang mit Freiräumen) mit gesundheitlichen Folgen sein, aber auch in einem empowerment resultieren. Gerade Ausbil-

dungsprogramme sind für *Frauen* attraktiver, da sie häufig mit einem Bildungsdefizit ins Aufnahmeland kommen und der Zugang zu den hier vorgefundenen Bildungsangeboten oft leichter ist als im Heimatland. Auch die Arbeitsstellen auf dem freien Arbeitsmarkt werden von Frauen weniger als Entwertung wahrgenommen. Frauen haben (u.a. aufgrund patrilokaler Heiratsmuster) eher gelernt, mit dem Fremden umzugehen und sich anzupassen oder eben unangenehme belastende Situationen zu ertragen. Auch sind die frauen-spezifischen Jobangebote und Arbeitsbedingungen in der Schweiz, verglichen mit dem Herkunftsland, zumeist ähnlich, wenn nicht besser. Unter diesem Aspekt gelingt den Frauen in der Alltagspraxis des Aufnahmelandes häufig eine raschere Integration, da sie sich auch mit schlechteren Arbeitsbedingungen zufrieden geben und darin im Vergleich mit dem Herkunftsland schon besser gestellt sind.

Die quantitative Auswertung zeigt denn auch, dass alleinstehende Frauen häufiger erwerbstätig oder arbeitslos gemeldet sind als alleinstehende Männer (5 Nennungen bei 14 Frauen, 35 %, resp. 7 Nennungen bei 39 Männern, 18 %). Damit sind alleinstehende Frauen weniger von der Fürsorge abhängig als alleinstehende Männer. Der höhere Beschäftigungsgrad dürfte aber auch damit zusammenhängen, dass das Angebot von Niedriglohnjobs für Frauen grösser ist als für Männer.

Markant bleibt jedoch der Anteil alleinstehender Frauen (und Männer), die überhaupt keiner Beschäftigung nachgehen, was auf einen hohen Krankheitsgrad hinweist.

Die *Familienfrauen* in der Stichprobe sind ausschliesslich mit Haushalt und Kindern beschäftigt und beziehen ihr Selbstwertgefühl über die Kinder und die Hausarbeit. Häufig verhindert aber auch der Ehemann die Emanzipationsbestrebungen der Frau.

Ein allgemeiner grundlegender Unterschied zu den Männern - bezogen auf die Erwerbstätigkeit - besteht darin, dass auf Frauen meist kein sozialer Druck ausgeübt wird, die Herkunftsfamilie im Heimatland zu versorgen.

Männerspezifisch:

Für Männer stellt die Arbeit tendenziell einen wesentlich identitätsstiftenden Aspekt dar. Männer gewinnen durch die Arbeit an Selbstwert oder erhalten diesen durch die Arbeit. Ohne Arbeit fühlen sich die Männer wertlos und ungebraucht. Betrachtet man diesen Aspekt der Bedeutung der Arbeit, so leiden Männer allgemein häufig eher unter den fehlenden Arbeitsmöglichkeiten als Frauen. Zusätzlich ist aber auch der Druck auf Männer, einer Arbeit nachzugehen, oftmals grösser.

Beim Thema Arbeit haben Männer auch unrealistische Erwartungen, was die Art der Arbeit anbetrifft. Da viele Männer auch qualifiziertere Tätigkeiten in ihrem Heimatland ausgeführt haben, erleben sie fast generell eine Kränkung in der Schweiz, da ihnen eine Tätigkeit in ihrem gelernten Beruf oder ursprünglichen Arbeitsbereich versagt wird. Unter diesem Aspekt stellen Fortbildungskurse, etwa Deutschstunden oder div. Beschäftigungsprojekte, häufig nur einen geringen Anreiz dar, da diese eher eine zusätzliche Kränkung hervorrufen (schlecht bezahlt, wenig soziale Anerkennung).

Alleinstehende Männer migrieren oft nicht „allein“ für sich. Sie haben häufig einen Migrationsauftrag der Ursprungsfamilie, der in der ökonomischen Unterstützung der zurückgelassenen Familie besteht. Als Folge dessen sind etwa Budgetfragen mit Männern oft schwieriger zu lösen, da sie nicht nur für sich das Geld benötigen, sondern auch für andere das Budget verhandeln. Der soziale Druck auf diese Männer ist höher, da sie ihre Herkunftsfamilien versorgen müssen und ein Versagen mit einem Gesichtsverlust verbunden ist. Mit dieser Situation verbunden sind Versagensängste, ein vermindertes Selbstwertgefühl, Schuld- und Ohnmachtsgefühle, Destabilisierung und das Gefühl sozialer Entwertung. Trotz der Schwere der Krankheitsbilder nutzt diese Gruppe am häufigsten Beschäftigungsprogramme und geschützte Arbeitsplätze (13 Nennungen bei 39 Männern, 33 %). Dies dürfte mehrere Ursachen haben. Wie schon erwähnt, haben Männer einen spezifischen Migrationsauftrag, der darin besteht, die Herkunftsfamilie zu unterstützen. Auch ein Beschäftigungsprojekt oder ein geschützter Arbeitsplatz verbessern die finanziellen Möglichkeiten. Andererseits stellt die Arbeit für Männer einen Gewinn an Identität dar – was mit Einschränkungen auch für derartige Arbeitsstellen gilt. Nicht zuletzt muss der strukturierende Wert der Arbeit an sich gewürdigt werden, da gerade Männer vermehrt unter dem Verlust von formellen und informellen Strukturen in der Migration leiden, was sich dann in Verwahrlosungstendenzen ausdrücken kann.

Familienmänner erleben den Druck der anwesenden Familie noch konkreter. Sie sind deshalb auch am häufigsten von allen Gruppen erwerbstätig oder als arbeitslos gemeldet, wie die Auswertung zeigt (5 Nennungen bei 10 Männern, 50 %). Familienväter in der untersuchten Gruppe leiden unter diesen Belastungen häufiger an Depressionen als alleinstehende Frauen und Männer. Es ist zu beobachten, dass Familienmänner, die in der Migration ihre soziale und ökonomische Funktion nicht mehr übernehmen können, vermehrt ein aggressives Verhalten gegenüber Frau und Kinder zeigen.

Bei Männern mit Arbeitsverbot verschärft sich die Situation. Durch dieses Verbot kann die Familie nicht mehr versorgt werden oder der oben beschriebene Migrationsauftrag nicht erfüllt werden. Das Arbeitsverbot hat nicht nur einen erhöhten Lebensstress zur Folge, sondern u.U. auch einen kumulativen, traumatischen Effekt (BARWINSKI, 1992).

Zur Rückkehrfrage

Auffällig ist bei den untersuchten alleinstehenden Frauen, dass eine der Migrationsursachen das Fehlen eines sozialen Ortes im Heimatland war (z.B. durch das Zusammenbrechen der familiären Strukturen aufgrund der Kriegsereignisse; aufgrund psychischer Krankheit, Vergewaltigung während des Krieges, Gewalterfahrungen durch Ehemann, Status als Geschiedene, Verwitwete, Kriegsereignisse). Sie haben keinen gesellschaftlichen Raum mehr, in dem ihr soziales und ökonomisches Überleben gesichert wäre, was aus ihrer Perspektive eine Rückkehr unmöglich macht. Die Migrationsursache verhindert damit eine Rückkehr.

Trotzdem ist bei alleinstehenden Frauen die Durchführung einer Rückkehr oft einfacher als bei alleinstehenden Männern. Sie leisten bei einer Ausweisung seltener Widerstand und kommen weniger auf die Idee, unterzutauchen, da dies mit grösseren Gefahren und Risiken verbunden ist als für Männer. Dies könnte zum Schluss verleiten, dass eine Rückkehr für Frauen möglicherweise ein weniger grosses Problem darstellt und dass die Bedingungen, die sie im Heimatland vorfinden, als günstiger eingestuft werden, was jedoch häufig nicht der Fall ist. Frau B., eine alleinstehende Frau aus einem osteuropäischen Land, lebte zusammen mit ihrer Schwester und ihrem Schwager im EPZ. Während der Schwager die Ausreise mit Wiedererwägungsgesuchen immer wieder hinauszögerte, bis es schliesslich zu einer Zwangsausschaffung der ganzen Familie kam, kehrte Frau B. fristgerecht in ihr Herkunftsland zurück, obwohl ihre Lebensbedingungen dort ausserordentlich schwierig sind (ihr Ex-Mann, der im gleichen Dorf wohnt, bedroht sie massiv, räumt ihr kein Besuchsrecht für ihr Kind ein; als alleinstehende, geschiedene Frau hat sie keinerlei ökonomischen Perspektiven und lebt sozial ausgegrenzt im Dorf).

Bei Männern stellt sich die Frage der Rückkehr anders. Hier hat man es – wie bereits erwähnt - mit einem anderen Migrationsauftrag zu tun. Häufig ist damit die Idee verbunden, dass der Migrant seine im Heimatland zurückgebliebene Familie oder die Verwandten materiell unterstützen soll. Auf diese Weise erwirbt und bewahrt der männliche Migrant durchaus eine positive Bindung an seine Herkunftsfamilie, und einer Rückkehr stehen andere Aspekte im Wege, wie etwa, dass er zu wenig an Unterstützung für seine Herkunftsfamilie beitragen kann. Die damit verbundene Scham, das schlechte Gewissen und der Geichtsverlust stehen einer Rückkehr entgegen.

Ein Scheitern des Migrationsprojekts ist dann vorprogrammiert, wenn die entsprechenden Schleppergelder nicht zurückgezahlt werden können.

Bei Familien ist eine Rückkehr nach einer langen Aufenthaltsdauer oft durch die fortschreitende Integration der Kinder in Frage gestellt. Gegen die drohende Ausschaffung

gibt es dann entsprechenden Widerstand, der in Verbindung mit Kindern eine dramatischen Aspekt hat (vgl. Kap. 5.10, *Angst und Rückkehr*).

5.7.3 *Genderspezifische Empfehlungen*

Frauenspezifisch:

Die Ergebnisse der Studie weisen auf eine besondere Vulnerabilität von alleinstehenden Frauen hin. Verglichen mit allen anderen Gruppen haben alleinerziehende Frauen die höchste durchschnittliche Nennung von psychischen, somatischen und sozialen Erscheinungsbilder (3.5 Nennungen pro Person; alleinstehende kinderlose Frauen 2.8 Nennungen pro Person, vgl. Tabelle 5.3). Negativ auf die Gesundheit können sich auswirken: fehlende tragende Netzwerke im Migrations- wie im Herkunftsland; soziale Beziehungen, die sich durch eine hohe Abhängigkeit und durch häufigen Missbrauchscharakter auszeichnen; ein hohes Risiko von gender violence; die Mehrfach-Belastung von alleinerziehenden Frauen, v.a. die häufig geäußerte Sorge, nicht gut genug für ihre Kinder sorgen zu können. Es hat sich aber ebenfalls gezeigt, dass diese Gruppe auch über spezifische Ressourcen verfügt: Alleinstehenden Frauen gelingt in der Alltagspraxis häufig eine raschere Integration, und sie sind eher bereit, professionelle Hilfsangebote anzunehmen (erhöhte compliance).

Gerade bei diesen Frauen, die den öffentlichen Raum nicht im selben Masse nutzen können wie die Männer, und insbesondere auch bei gewaltbetroffenen Frauen, die eine Strategie des Rückzugs gewählt haben (siehe Kap. 7.6, *Verlaufsstudie*), ist ein niederschwelliges, leicht zugängliches Angebot und ein haltgebender Rahmen, der auch zu einem empowerment verhelfen kann, von grosser Bedeutung. Gleichfalls sehr wichtig sind das Angebot von Frauenwohnungen und die Möglichkeit, von einer Frau betreut zu werden. Doch auch männliche Betreuer können positiv sein für den Aufbau eines anderen Männerbildes oder für die Erfahrung einer wohlwollend väterlichen Haltung.

Die Bedeutung eines niederschwelligen Angebotes gilt insbesondere auch für Familienfrauen, die von den Männern häufig abgeschirmt werden. Die Auswertung zeigt, dass familiäre Konflikte bei den Erscheinungsbildern unserer KlientInnen an dritter Stelle stehen (vgl. Tab. 5.3). Angesichts dieser schwerwiegenden Problemlagen ist es wichtig, diesen Frauen einen Raum zur Verfügung zu stellen, wo sie über ihre Mehrfachbelastungen (Krankheit des Ehemannes, Ehe- und Erziehungsprobleme) sprechen können.

Männerspezifisch:

Es hat sich gezeigt, dass auch Familienmänner und alleinstehende Männer eine vulnerable Gruppe darstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei Familienmännern auch die Kinder und die Ehefrauen betroffen sind. Dies führt etwa zu hohen familiären Belastungen und den damit verbundenen familiären Konflikten. Ein zusätzliches Erschweren ist bei Familienmännern, dass das Aufsuchen externer Hilfe für sie mit Scham verbunden ist und deshalb selten in Anspruch genommen wird. Deshalb sind niederschwellige, alltagsbezogene Beziehungsangebote sehr wichtig für diese Gruppe.

Die Häufigkeit schwerer familiärer Konflikte zeigt auch die Notwendigkeit von stationären Angeboten für Familien.

Die alleinstehenden Männer leiden am häufigsten unter psychischen Krankheiten, Verwahrlosung, Gewalttätigkeit und Suchtproblemen. Vergleichen mit den Familienmännern sind sie eher bereit, externe psychiatrische oder psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Wie schon mehrfach erwähnt gelingt es Männern seltener, soziale haltende Netze aufzubauen, was gerade bei alleinstehenden Männer Auswirkungen hat, die sich in den beschriebenen psychischen Erkrankungen äussern. Das häufigere Aufsuchen externer Hilfe dürfte mit dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten in Zusammenhang stehen und auf diese formalisierte Weise auch erfüllt werden. Die externen Kontakte haben so meist einen therapeutischen Charakter. Zu diesen Angeboten zählt auch die Einrichtung des EPZ.

Ein vorrangiges Problem für Familienmänner wie alleinstehende Männer stellt häufig die Arbeit da. Entweder entspricht die Arbeit nicht den Erwartungen oder den Qualifikationen des Mannes, oder aber es besteht ein generelles Arbeitsverbot, welches prinzipiell eine hohe Belastung für Männer darstellt. In beiden Fällen werden Männer auf ihre eigene innerpsychische Problematik zurückgeworfen und sind gefordert sich mit den eigenen Problemen auseinander zu setzen.

Dies gelingt häufig erst, wenn sie akute Krisen erleiden und es infolgedessen zu Notfalleinweisungen kommt. Ein vorrangiges Ziel ist deshalb, durch fachlich qualifizierte BetreuerInnen eine frühzeitige medizinische, psychologische oder psychiatrische Hilfestellung anzubieten.

Allgemein

Da sowohl Frauen wie auch Männer von sexueller Gewalt betroffen sein können (die Ausübung von sexueller Gewalt gehört zu den systematisch ausgeübten Foltermethoden), ist die Bereitstellung gleichgeschlechtlicher BetreuerInnen eine essentielle Voraussetzung, damit sich die KlientInnen auch in diesem sensiblen Bereich öffnen können.

5.8 Asylsuchende Kinder- und Jugendliche

5.8.1 *Entwurzelung, Angst und Unsicherheit und Ambivalenz gegenüber dem Fremden*

Kein Ort nirgendwo: Ängstliche Eltern und verunsicherte Kinder

Die Familien im EPZ erleben die Geschichte der Migration als „traumatische“ Trennungs- und Verlustgeschichte und grenzen sich deshalb stark von einem Aussen ab, das ihnen als fremd erscheint und das sie als Bedrohung empfinden. In der Migration haben die Familien wiederholt Trennungen von Bezugspersonen und -orten erlebt, die für sie eine Quelle andauernder Verunsicherung sind. Erschwerend kommt hinzu, dass vom Exilland von den Asyl Suchenden eine Mobilität gefordert wird, auf die sie keinen Einfluss ausüben können. Immer dann, wenn sie soziale und geographische Orte wechseln müssen, treten neue und alte Trennungsängste auf. Sie verlieren die wenigen Bezugspersonen, und die alten Wunden, die erneut aufbrechen, können nie verheilen. Die Ängste, erneut vertrieben zu werden, finden in der Wirklichkeit eine Bestätigung. Wenn die Trauerprozesse, die mit den erwähnten Trennungs- und Verlusterfahrungen verbunden sind, blockiert sind und die soziale Integration unter den Bedingungen des Asyls wenig gelingen kann, wird die Heimat und der Herkunftskontext idealisiert und das Exilland, in das einst beim Aufbruch überhöhte Erwartungen gesetzt wurde, radikal entwertet. Das Exil verwandelt die Bewegung der Erforschung des Neuen in eine Strafe und in einen Zwang (GRINBERG/GRINBERG, 1990:6). Es wird kein richtiger Ort gefunden. Die Begegnung mit der „neuen Welt“ ist blockiert und führt zu Verwirrungszuständen. Für Asyl Suchende mit unsicherem Status bleibt der Ort des „Verbunden seins“ ein Nicht-Ort in Permanenz. Die längerfristig vergebliche Suche nach dem Ort, der als Zwischenposition zu einer „dauerhaften Übergangssituation“ wird, stellt ein Gesundheitsrisiko dar und macht krank (SALIS GROSS, 1997:40). Asylsuchende Eltern sind nun in dem Spannungsfeld von wiederholten Aufbruchsphantasien und enttäuschter Hoffungen fundamental verunsichert und können daher keine emotional verlässlichen „Objekte“ für die Kinder sein. Als Eltern, die schwach sind, neigen sie entweder dazu, die Kinder „overprotective“, d.h. ängstlich an sich zu binden oder ihnen ungewollt ihre „Empathie“ zu versagen, wenn sie als Eltern seelisch abwesend sind. Wenn die Eltern an den Folgen der psychosozialen Verunsicherung leiden und sie durch kumulativ traumatische Belastungen psychisch oder körperlich erkrankt sind, wie das im EPZ der Fall ist, ist die Vulnerabilität der Kinder besonders hoch. Die psychischen Wachstums- und die sozialen Reifungsprozesse werden dadurch beeinträchtigt. Nur im Wissen um die übermässige Sorge der Eltern um ihre Kinder ist es nachvollziehbar, dass dann, wenn es den Kindern gelingt in der „neuen Welt“ Entwicklungsschritte zu machen, die Eltern statt mit Freude mit Trennungs- und Verlustangst reagieren.

Die Kränkung des (männlichen) Ehrgefühls Asyl Suchender und ihr Rückzug

Der Ehrbegriff ist für die Familien Asyl Suchender, wie die Beobachtungen im EPZ gezeigt haben, bedeutsam. Das Ehrgefühl ist ein Abkömmling des Selbstwertgefühls, in dem die Betroffenen gekränkt werden. Die Eltern haben Schwierigkeiten, über die Arbeit soziale Achtung und Integration zu erreichen, die selbstwert- und ehrstabilisierend wirken könnten und verharren statt dessen in der „depressiven Position“. Wenn sie in ihrem Bemühen, über eine Arbeit oder eine Beschäftigung soziale Integration anzustreben, längerfristig scheitern, werden sie in ihrer Ehre gekränkt. Insbesondere Männer mit einem traditionell paternalistischen Rollenverständnis können als Väter ihrer traditionellen Versorgerrolle nicht gerecht werden. Ohne jedoch eine Lebensperspektive im Exil zu finden, entwickeln sie Heimwehgefühle und bewältigen die geringe Selbstachtung, die sie besitzen, durch eine Entwertung des Exillandes, das ihnen Asyl gewährt. Der soziale Rückzug und die „innere Emigration“, die mit einer Regression auf das Vertraute und Heimliche verbunden sind, tragen zwar zur Entängstigung bei, behindern aber soziale Lern- und Austauschprozesse mit dem/den Fremden, dem Exilland, die der Integration förderlich wären. Verfestigt sich bei Asyl Suchenden die Wahrnehmung negativer Erfahrungen in der alltäglichen Lebenspraxis, erregt das Land der Zuflucht und dessen Institutionen ihr Misstrauen und wird in ihrer Wahrnehmung immer mehr zum „unheimlichen Feindesland“. Defensiv schliessen sie dann sich und ihre Kinder gegen ein als „feindlich“ erlebtes „Aussen“ ab und halten am Alten und Vertrauten fest. Spätestens dann, wenn die Kinder schulpflichtig werden und gezwungen sind, sich zwischen den unterschiedlichen sozialen Lebenswelten, Eltern und Schule, zurecht zu finden, sind sie widersprüchlichen Erwartungen ausgesetzt, die bei ihnen enorme psychische Spannungen erzeugen.

5.8.2 *Asylsuchende Eltern, Kinder und Schule*

Grundsätzlich gilt anzumerken: Der Tendenz nach nehmen MigrantInnenkinder und Kinder Asyl Suchender in der Schule eine Aussenseiterrolle ein. Sie haben - wie empirische Untersuchungen gezeigt haben - schlechtere Startchancen im Bildungsangebot und werden häufig sonderpädagogisch betreut (WEISS, 2002:216).

Loyalitätskonflikte und Entfremdungsangst

In der Regel besitzen die Kinder Asyl Suchender gegenüber ihren Eltern einen Lernvorsprung, weil sie zum einen die Sprache des Exillandes leichter, gleichsam spielerisch erlernen und zum anderen die sozialen Regelsysteme und Wertvorstellungen rasch über-

nehmen. Das Erlernen von Neuem geschieht in den heterogenen Lebenswelten, in denen sie mit gleichaltrigen Kindern zusammen sind, d.h. im Kindergarten, in der Schule und im Kinderhort. Das schnelle Lernen, das eine Chance für die seelische Entwicklung der Kinder in der Fremde ist, verstärkt gleichzeitig die Angst der Eltern vor einer Entfremdung der Kinder von der Familie. Asylsuchende Eltern neigen auf Grund der unsicheren Rahmenbedingungen, in der die Migration stattfindet, dazu, ihre Kinder emotional sehr stark an sich zu binden. Schwache bzw. kranke Eltern sind ein starker Belastungsfaktor für die positive Entwicklung von Kindern Asylsuchender. Die soziale Aussenwelt, die für die Kinder und später dann Jugendlichen eine Chance für ein Lernen im Sinne einer Erprobung ihrer „neuen bi-kulturellen“ Identität sein könnte, wird von den Eltern abgelehnt, weil „die neue Welt“ für sie zu riskant scheint. Insbesondere in Familien von ethnischen Minoritäten führt die starke Bindung der Eltern zu den Kindern dann zu „transgenerationellen“ Loyalitätskonflikten, wenn diese die Schule oder den Kinderhort besuchen. Die „Ambiguitätstoleranz“ der Eltern und ihre Konfliktfähigkeit mit einer Aussenwelt, die sie als abweisend und sperrig erleben, ist stark eingeschränkt. Im Konflikt zwischen den Eltern und den Kindern, die lernen, sich in den unterschiedlichen Lebenswelten zu bewegen, scheint manchmal nur ein radikales „für die Familie sein“ oder ein „gegen sie sein“ denkbar. Der wesentliche Grund für die starke familiäre Bindung und Einforderung von Loyalität ist die Angst der Eltern, die Kinder und Jugendlichen an die „fremde Welt“ zu verlieren. Die Kinder müssen zudem nebst der Notwendigkeit zwischen den sozialen Welten zu changieren, oft im Sinne einer Rollenumkehr nicht entwicklungsgerechte Verantwortung übernehmen, indem sie für die hilflosen und schwachen Eltern in Not Übersetzungs- oder soziale Vermittlungsaufgaben tätigen. Die Psychologie bezeichnet das als „Parentifizierung“, die bei den Kindern dieser Eltern massive Schamkonflikte auslöst. Beschämt zu werden und die eigene Familie der Scham auszusetzen, ist für die Kinder eine der subtilsten und schlimmsten Gewalterfahrungen.

Von der Schwierigkeit der Kinder sich zwischen der Welt der Eltern und der Welt der Schule zu bewegen

Die Beobachtungen im EPZ haben gezeigt, dass sich die Familien Asyl Suchender isolieren und nach Aussen abschotten. Die Eltern beharren vielfach auf ihrer traditionellen Lebensweise. Die Erziehung der Kinder wird als Privatsache betrachtet, und die Kinder tun sich in der Regel schwer mit der Schule. Im Erleben der Eltern befinden sich die Schule oder der Kinderhort weit ausserhalb ihres Wirkungs- und Einflusskreises. Sie handeln in Konflikten mit Behörden und Einrichtungen vielfach wie eine „geschlossene Institution“, die sich die Einmischung in erzieherische Fragen verbietet. Die Eltern fordern von den Kindern Gehorsam und versuchen sie davon abzuhalten, sich mit den neuen gesellschaftlichen Nor-

men zu identifizieren. Sie nehmen soziale Hilfestellungen, die der Integration von Kindern förderlich wären, nur ungern in Anspruch oder boykottieren sie. Sie übernehmen, wie Beobachtungen im EPZ gezeigt haben, vielfach keine Verantwortung für die Schulerfolge und -misserfolge der Kinder und können die Schulleistungen der Kinder weder wahrnehmen, noch sie positiv anerkennen und den Kindern die Freude über ihren Erfolg zurück spiegeln, weil der Schulerfolg der Kinder zu bedrohlich für sie ist und Verlustängste hervorruft. Die Kinder, die im Spiegel der Augen der Eltern statt in ihrem Narzissmus bestärkt, ständig basal verunsichert werden, haben grosse Mühe, die beiden sozialen Welten, hier Familie und da Schule miteinander in Verbindung zu setzen. Sie leiden darunter, wenn sie bemerken, dass die Eltern die Schulwelt ablehnen. Die Schulmotivation der Kinder wird durch die ablehnende Haltung der Eltern ebenso behindert wie die Schulerfolge erschwert werden. Die Kinder Asyl Suchender finden in der Lehrerin oft eine bessere verlässliche (Ersatz-)Mutter. Sie lassen sich von beherzten LehrerInnen bereitwillig „adoptieren“, was wiederum zu einer Konkurrenzsituation mit den Müttern der Kinder führt. Oft erleben die Kinder, dass zuhause Chaos und in der Schule Ordnung herrscht. Sie passen sich an, ohne auffällig zu werden. Umgekehrt werden die Kinder in der Schule verhaltensauffällig, ohne dass die Eltern zuhause eine Störung wahrnehmen. Der Übergang von der einen zur anderen Welt ist sehr mühsam und erfordert von den Kindern einen enormen psychischen Kraftaufwand. Wenn die Lebenswelten (die der Eltern und die der Schule) zu sehr auseinanderfallen, dann gelingt den Kindern das „Changieren“ im Hin und Her zwischen den Welten nicht mehr. Sie beginnen zu leiden. Die Kinder bewältigen den Widerspruch, wie häufig zu beobachten ist, nur durch aufwändige Spaltungsprozesse und werden zu „seelischen Grenzgängern“ (NINCK, 1999:112).

Die Überforderung durch die widersprüchlichen kulturellen Einflüsse und Forderungen, denen Kinder ausgesetzt sind, kann bei ihnen Lern- und Entwicklungsprobleme begünstigen. Kinder bleiben in der Folge entweder in der Entwicklung zurück und verharren in kindlicher Abhängigkeit von den Eltern oder sie werden verhaltensauffällig in der Schule. Die Anfälligkeit für emotionale und neurotische Störungen steigt. Die Kinder können nicht seelisch reifen und wachsen. Die Pubertäts- und Adoleszenzkonflikte im Jugendalter, bei denen es in einem zähen Ringen um Autonomie und Unabhängigkeit von elterlichen Vorstellungen geht, verlaufen dann, wenn der familiäre Anpassungsdruck in der Kindheit gross war, dementsprechend dramatisch.

5.8.3 Adoleszenz

Adoleszenz als Übergang

Die Adoleszenz ist grundsätzlich eine Zeit, die mit Krisen und Konflikten einher geht. Für Jugendliche ist es schwer, aus der Familie auszutreten und sich auf die erweiterten sozialen Beziehungen, die für sie eine fremde Welt und eine Welt der Erwachsenen ist, einzulassen. Die Distanz von den elterlichen Objekten, die ihnen gefühlsmässig nahe stehen, ist für sie mit Ängsten verbunden. Identitäts- und Autoritätskrisen sind die Signatur der Adoleszenz, und die Selbstfindung geht mit einem Ausprobieren von neuen sozialen Rollen und äusseren und inneren (sexuellen und aggressiven) Konflikten einher. Die Triebstruktur lockert sich, wie die PsychoanalytikerInnen sagen, alte Grenzen und Objektbeziehungen werden expansiv in Frage gestellt und in der Folge werden neue Identifizierungen, Objektbeziehungen und Begrenzungen gesucht und gefunden. Die Psyche reorganisiert sich. Die Lebensphase der Adoleszenz ist eine vulnerable Entwicklungsphase. Hochgefühle der Selbstüberschätzung und Tagträume von der Großartigkeit, die sich mit Ohnmacht- und Minderwertigkeitsgefühlen abwechseln, stellen als narzisstische Konfigurationen psychische Höchstleistungen dar, die allesamt Übergangsphänomene sind und als solche nicht voreilig pathologisiert werden sollten, weil sie für die Identitätsfindung funktional sind.

In der Adoleszenz sind die Grössenphantasien bedeutsam, weil sie in dem antagonistischen Konflikt zwischen Familie und einer „heissen Kultur“ für die Ablösung von familiären Bindungen funktional sind (ERDHEIM, 1984:271). Der aufblühende Narzissmus soll die innere Kontinuität sichern und die auseinander fallende Welt zusammen halten und die notwendige Kluft, die zwischen der Familie und dem Jugendlichen entsteht, kompensieren helfen. Riskante Unternehmungen, die von einer masslosen expansiven Selbstüberschätzung getragen sind, werden vom jugendlichen Helden geradezu herbeigesehnt. Die Bewältigung von Gefahren, die in Form von Mutproben und Grenzerfahrungen gesucht werden, solle Beweise der Unabhängigkeit und der eigenen Unverletzbarkeit abgeben. In der postmodernen „Spas- Erlebnisgesellschaft“ wird der Versuch, die Grössenphantasien zu realisieren, weg von der Arbeit auf den Freizeitbereich verlagert. Es ist ein Geschehen, das in der „Sehnsucht nach dem ganz Anderen“ den Stachel der Entfremdung in sich trägt und zum vorübergehenden Realitätsverlust führen kann.

Adoleszenz und Asyl Suchende

Bei Adoleszenten in der Migration kumulieren die Identitätskonflikte. Adoleszente Jugendliche haben auf Grund der Forderung ihrer Eltern nach Loyalität, ihrer „Bi-kulturalität“

und vor allem auf Grund der Ungeklärtheit ihres rechtlichen Status mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen. Sie fordern neue Orientierungen, die das Wertesystem der Elterngeneration erschüttern. Gleichzeitig ist der Bindungsdruck der Familie und der Wille, die Probleme möglichst innerfamiliär zu lösen, enorm. Es kommt zu Widersprüchen, die den Ablösungskonflikt aufheizen. Nicht wenige Eltern adoleszenter Asyl Suchender, die in einem lang anhaltenden Provisorium leben, besitzen eine geringe Selbst- und soziale Achtung und bieten wenig Halt. Um mit den belastenden Widersprüchen zwischen den familiären, herkunftsspezifischen Regelsystemen und den gesellschaftlichen Ansprüchen und Wertesystemen der Exilgesellschaft umgehen zu können, sind die adoleszenten Asyl Suchenden gezwungen, flexible Überlebensstrategien zu entwickeln. Sie richten sich dafür heterogene Übergangswelten ein. Vor allem Gleichaltrige derselben Herkunft oder derselben marginalisierten Subkultur, die zusammen eine Peergroup bilden, helfen mit, neue Freiheiten zu finden und fiktive Zugehörigkeitsmythen zu konstruieren, die vorübergehend Halt- und Orientierung bieten. Die ausserfamiliären Übergangsräume erlauben positiv formuliert die Einübung von Autonomie und die Bildung neuer lokaler Kulturen, entsprechend dem trotzigem Motto: „Wenn wir schon marginal sind, dann sind wir das in demonstrativem Stolz“. Mit der Fähigkeit, über das „code switching“ zwischen den Welten spielerisch zu oszillieren, zeigt sich ebenso subjektives Selbstbewusstsein wie das Beharren auf Selbstbehauptung. Diese produktive Fähigkeit Adoleszenter, die entgegen scientistischen Mythen weder allein noch schutzlos sind und sein wollen, soll nicht unerwähnt bleiben. Überhaupt ist, am Rande bemerkt, im Zeitalter der Globalisierung und der „postmodernen Identitätsbildung und -arbeit“ Identität heute nur noch in pluralen Lebensformen denkbar. Längst verfügen auch Autochthone über eine „Mehrzahl von Heimaten“ (KEUPP, 1997). Die Adoleszenz kann für Asyl Suchende eine „zweite Chance“ sein und sie kann, wenn „neue Identifizierungen“ gelingen, dazu beitragen Defizite der frühen Kindheit oder der Migration zu kompensieren. Wenn man davon ausgeht, dass die asylsuchenden Adoleszenten in ihrer Vergangenheit spezifische Belastungen erlebt haben und/oder einem enormen Erwartungsdruck durch die Herkunftsfamilien ausgesetzt sind und dass die Adoleszenz gleichzeitig eine „Chance“ ist, die Belastungen auszugleichen, ist das Vorhandensein einer relativ angstfreien Gegenwart und eine entsprechende gesellschaftliche Zukunftsperspektive eine wichtige Voraussetzung dafür, dass diese „zweite Chance“ gelingen kann. Erst wenn die Furcht weniger wird und es Perspektiven gibt, ist ein Moratorium dafür gegeben, in dem die Jugendlichen in die Lage versetzt werden komplementär dazu produktive Fähigkeiten der Realitätsbewältigung zu entwickeln. Wenn diese Perspektive auf Grund ungünstiger gesellschaftlicher und statusbedingter Rahmenbedingungen fehlt, erhöhen sich die psychischen und sozialen Spannungen. Der Leidensdruck der Adoleszenten steigt.

Asylsuchende Jugendliche sind in einer prekären rechtlichen Situation und haben einen niedrigen sozialen Status. Das wiederum nährt ein schlechtes Selbstwertgefühl, das brüchig ist und über-kompensiert werden muss. Die Jugendlichen geben dann vor, etwas zu sein, was sie nicht sind, und tun so, als ob sie grossartig wären. Sie geraten in ein Feld von narzisstischen Kränkungen und Schamkonflikten, die sie überspielen. Wenn das omnipotente Selbstbild nicht realitätsgerecht über die Arbeit eingebunden und gezähmt werden kann, sind die Jugendlichen davon bedroht, in die Verwahrlosung oder Delinquenz abzugleiten. Sie werden dann „grossartig im Scheitern“ oder organisieren sich die Selbstachtung in verwegenen Mutproben und in der bewussten Überschreitung gesellschaftlichen Normen, um sich die Anerkennung in ihrer Peergroup zu verschaffen. Die narzisstischen Allmachtsphantasien und Grössengefühle, die für die Ablösung von der Familie notwendig sind, versagen dann ihre Dienste und beginnen ein dissoziales Eigenleben zu führen und sich in den Dienst der Delinquenz zu stellen. Die Omnipotenzphantasien können dann angemessen aufgefangen und „gezähmt werden“, wenn ihre Einbindung über die Schule, eine Lehre, oder ein Beschäftigungsprojekt gelingt, die zum Vermittler des Realitätsprinzips werden.

Erschwerte Schritte in die Autonomie

Die Gruppe der adoleszenten Flüchtlinge erlebt in ihrem Selbstkonzept erhebliche Beeinträchtigungen. Der Rückgriff auf eine positiv besetzte Identität ist für sie, die einer sozial benachteiligten Schicht angehören, oft nicht möglich. Die Ausbildung von Identität ist zudem erschwert, wenn die ethnische Zugehörigkeit von den asylsuchenden Jugendlichen selbst als entwertet erlebt wird. Feindliche und rassistische Erfahrungen stellen das Selbstkonzept in Frage und behindern die Identitätsentwicklung. Die Schritte in mehr Autonomie werden erschwert und depressive Störungen und (auto)destruktives Verhalten werden gefördert.

Im EPZ ist beobachtet worden, dass dann, wenn die Adoleszenten ihre ersten Liebesenttäuschungen hinter sich haben, sie sich erneut auf die „inzestuösen Bindungen mit der Familie“ zurückziehen, die Sicherheit versprechen. Gänzlich erschwert wird die Ablöse dann, wenn der Vater psychisch abwesend ist oder physisch fehlt. Der Sohn kann die Familie nicht verlassen, weil ihm Aufgaben eines Ersatzpartners zugemutet werden und die mütterliche Pflege den männlichen Jugendlichen mit all ihrer Macht an sich bindet. – Die Ablösung wird durch die negativen Erfahrungen mit der fremden Aussenwelt erschwert, die regressive Entwicklungen begünstigen.

Die Eltern des Jugendlichen reagieren auf Grund einer Erziehungsohnmacht auf Ab-lösungsbestrebungen zum Teil mit physischer oder psychischer Gewalt. Sie antworten auf die Überforderung ihrer elterlichen Autorität, die in Frage gestellt wird, im Extremfall in Form körperlicher Gewalt und einer Ausstossung des Jugendlichen bzw. mit aktiver Ver-bannung des Jugendlichen aus dem Familienverband. Umgekehrt entwickelt der Jugendli-che eine enorme Aggressivität, um sich nicht nur mit symbolischer Gewalt, sondern mit realer Gewalt von den Eltern abzulösen. Wie im EPZ zu beobachten ist, besteht zum Teil ein Widerstand der Eltern, über Probleme und Konflikte in der Familie mit Aussen-stehenden zu sprechen. Wenn die Abgrenzung unter der Beimischung dramatischer Ag-gressivität erfolgt, bedeutet das eine Loyalitätsverletzung der Familiencodexes und erzeugt beim Jugendlichen Schuldgefühle, die wiederum eine Quelle für heimliche Selbst-bestrafungsbedürfnisse und somit eine Quelle potenzieller Delinquenz werden. Ein de-monstratives Aussenseitertum asylsuchender Jugendlicher muss als ein Ausdruck der Bin-dungsloyalität mit der Familie gelesen werden. Der Jugendliche bleibt isoliert und Aussen-seiter, weil es ihm auf Grund der starken Bindung an die Familie nicht gelingt, den An-schluss an eine Peergroup zu finden und Freundschaften mit Gleichaltrigen im Aussen zu bilden. Freundschaften im Aussen würden als Verrat an der Familie empfunden werden. Die Teilnahme an Peergroups, die wie bereits erwähnt, als Übergangsraum wichtig sind, erfordert, dass die Jugendlichen über ein gewisses Mass an Geld verfügen. Wenn asylsu-chende Jugendliche wenig Geld zur Verfügung haben, hat das die mangelnde Partizipation am Konsum zur Folge, der für die Identitätsbildung in den modernen Industrie-gesellschaften - ob man es begrüßt oder nicht - konstitutiv ist (Bolz, 2002). Der reale Mangel an Geld perpetuiert die Ausgrenzungserfahrung, die eine weitere Quelle narzissti-scher Kränkungen ist und ein Motiv wird für mögliche Delinquenz.

Die Adoleszenz weiblicher Asyl Suchender

In adolescentären Bewältigungsstrategien zeigen sich genderspezifische Sozialisations-merkmale. In einer stark paternalistischen Kultur gelingt es den Mädchen kaum, sich von der Familie loszulösen. Eine Distanzierung von der Familie und ein Auffinden von Eigenem ist nur sehr schwer möglich. Mädchen, die adolescentär werden, bleiben der Familie verpflichtet, protestieren wenig und erfüllen einen „familiären“ Auftrag, der ihnen von den Eltern zugewiesen wird, die gleichzeitig eine starke soziale Kontrolle auf sie ausüben. Die empirische Untersuchung im EPZ zeigt auf, dass Mädchen weniger Schulschwierigkeiten haben als Jungen (siehe Tab. 5.6). Im Unterschied zu den männlichen Altersgenossen nehmen Mädchen wenig an sozialen Gruppen teil. Aber erst das Zusammensein mit Freunden und FreundInnen im Aussen, das ihnen versperrt bleibt, ermöglicht als „psychosoziales Moratorium“ ein konfliktvolles Ausprobieren von Identitätsentwürfen (ERIKSON, 1966).

Jugendliche Frauen neigen im Gegensatz zu ihren männlichen Altersgenossen statistisch signifikant weniger zu Aggression. Sie bewältigen die Belastungen und Krisen in der Form, dass sie die emotionale Überforderung nach Innen richten. Sie zeigt sich bei den jungen Frauen in Form eines geringen Selbstwertgefühls, erhöhter Ängstlichkeit und versteckter Depressivität. Die jungen Frauen ziehen sich emotional zurück und bleiben psychisch von den Eltern abhängig.

Widersprüche, Brüche, unlösbare Schwierigkeiten und die Gefahr des Scheiterns

Im EPZ hat man es häufig mit Jugendlichen zu tun, die ungünstige Entwicklungen aufweisen. Sie kommen aus stark belasteten „Problemfamilien“. Neben den Jugendlichen, die familiären Belastungen ausgesetzt sind, sind im EPZ asylsuchende Jugendliche untergebracht, die traumatisiert und unter zum Teil schwierigsten Bedingungen und ohne eine Begleitung durch Erwachsene geflüchtet sind. Es sind Jugendliche, die in ihrem Lebensentwurf zu scheitern drohen oder manifest psychisch erkrankt sind (vgl. Kap. 7.2, *Verlaufsstudie*). In den meisten Biographien der Jugendlichen, die vom EPZ betreut werden, sind wiederholte Brüche zu finden. Zu den Brüchen der Migration gesellen sich neue Brüche: der Bruch mit den Eltern, die frühzeitige Beendigung der Schule, der Abbruch von Ausbildungen oder der Ausstieg aus Beschäftigungsprojekten. Die Konsequenz aus diesen Erfahrungen ist, dass der Marginalisierungsdruck ansteigt. Die wiederholten Brüche sind das Ergebnis innerer und äussere Konflikte, die asylsuchende Jugendliche überfordern und von ihnen nicht angemessen bewältigt werden können. Wenn diese Konflikte anhalten, können sie Stress und Isolation, psychische und körperliche Probleme verursachen. Es können emotionale Blockaden beobachtet werden, Phänomene der Ausgrenzung und Selbstaussgrenzung ebenso wie Grenzüberschreitungen in Form von Drogenmissbrauch und Konflikte mit dem Gesetz. Für die Jugendlichen bedeutet es eine ungeheure Anstrengung, die Marginalisierung zu durchbrechen, nicht zuletzt deshalb, weil sie sich paradoxerweise im Scheitern gegenüber ihren Eltern, die mit dem Leben im Exil auch nicht zurecht kommen, verbunden fühlen und nur so „wirklich loyal“ bleiben. Im ungünstigsten Fall führen die unlösbaren Konflikte die Jugendlichen, wenn nicht in die Krankheit, dann in die Dissozialität bzw. Delinquenz. Wenn asylsuchenden Jugendlichen vermehrt mit dem Gesetz in Konflikt geraten, laufen sie zudem Gefahr, ihre meist vorläufige Aufenthaltsgewilligung im Land, das Asyl gewährt, zu verwirken und in das Herkunftsland, das ihnen fremd geworden ist oder das sie nicht einmal kennen, ausgewiesen zu werden.

Vorläufig kann man sagen: Die Gründe für das Scheitern Jugendlicher sind neben den schwer lösbaren Widersprüchen der Migration, der vulnerablen Phase der Adoleszenz, in den ungünstigen sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Aufnahmegesellschaft

zu suchen. Die gesellschaftlichen Restriktionen verunmöglichen, dass sie einen Platz in einer (post)modernen Gesellschaft finden, die der Ausbildung und Bildung, dem Beruf, dem Konsum, dem grenzüberschreitenden Reisen im Zeitalter der Globalisierung einen hohen Wert beimisst. Die asylsuchenden Jugendlichen bleiben davon ausgesperrt. Im folgenden sollen die Dimensionen innerer und äusserer Widersprüche dargestellt werden, die bei Jugendlichen zu psychischen Spannungen führen.

- Viele Jugendliche leben in der permanenten Unsicherheit, jederzeit ausgewiesen zu werden. Das gesellschaftliche Paradoxon ist, dass eine geglückte Integration über die Ausbildung und Arbeit, die angestrebt wird, aber gleichzeitig erschwert wird, die Bedingung für eine rechtliche Besserstellung ist.
- Wenn asylsuchende Jugendliche eine Lehrstelle suchen, haben sie keinen oder wenn überhaupt einen erschwerten Zugang zum Ausbildungs- und Lehrstellenmarkt. Um so bedeutsamer sind dann als Ersatz Schul- Beschäftigungs- und Ausbildungsprojekte wie sie beispielsweise von der Asyl-Organisation Zürich angeboten werden, die aber perspektivisch die Zukunft der Jugendlichen wenig absichern. Die empirische Untersuchung des EPZ zeigt auf, dass 4 der 13 Jugendlichen (31 Prozent), die vom EPZ betreut werden, keine Ausbildung bzw. Beschäftigung haben (vgl. Tab. 6. 16).
- Wenn die Eltern asylsuchender Jugendlicher dem Dispositiv ihres Herkunftslandes verpflichtet sind oder sich auf Grund der inneren und äusseren Unsicherheiten, die einen „objektiven Regressionsdruck“ erzeugen, gezwungen werden, sich an den Normen des Herkunftslandes zu orientieren, fallen sie als mögliche Identifikationsfiguren und Vorbilder

gänzlich aus. Die Peergroups bieten für die Adoleszenten mitunter eine fragwürdige Orientierung.

- Wenn Familien, die sich im Migrationprozess befinden, sich isolieren, ist der Bindungsdruck besonders hoch, und die Erwartungen und Botschaften an Jugendliche, die sich von der Familie ablösen, sind widersprüchlich. Die Erwartung kann darin bestehen, dass die Jugendlichen die Hoffnung und das Wertesystem des Exillandes verkörpern und als Delegierte helfen, das traditionelle Wertesystem der Familie zu erschüttern. Oder die Erwartung kann darin bestehen, dass die Jugendlichen das traditionelle Wertesystem nicht verlassen dürfen und der Familie gegenüber loyal bleiben müssen. Die Ablösungskonflikte sind in den Familien besonders heftig, die wertkonservativ auf ihren Traditionen bestehen und Familienloyalität gegenüber dem Familienverband einfordern und gleichzeitig dem Exilland gegenüber skeptisch bleiben. Adoleszente sind dann als auserwählte Hoffnungsträger und Brückenbauer zwischen den Kulturen ebenso sehr überfordert wie unbedingte Loyalität

zum Wertesystem der Familie sie krank machen kann. Ein Loyalitätsbruch wird schwer ertragen. Die Jugendlichen sollen in den Augen der Familie Helden sein, erwachsen und verantwortlich handeln, dürfen sich aber von der Familie nicht wirklich ablösen. Trennungen sind dann, wenn die Vorgeschichte der Familie durch Traumata belastet war, besonders erschwert und werden als retraumatisierend erlebt.

- Unbegleitete jugendliche Asylsuchende, die allein flüchten, sind im Exilland besonders vulnerabel und gefährdet, weil ihnen ohne Bezugsperson jeder Halt und jede Orientierung fehlt. Demgegenüber scheint die Familie, selbst dann, wenn sie die Kinder und Jugendlichen Spannungen aussetzt, „relativen Halt und Sicherheit“ zu vermitteln. Unbegleitete Jugendliche sind deshalb in einem höheren Ausmass für psychische Störungen anfällig als Kinder und Jugendliche, die in Familien eingebunden sind.

5.8.4 *Vignetten und Szenen aus dem EPZ-Alltag*

- Frau L. beschimpft ohnmächtig die Schule und verweigert die Zusammenarbeit mit den LehrerInnen. Ihre kleine Tochter N. begeht in der Klasse Diebstähle. Die engagierte Lehrerin kümmert sich mit grosser Einfühlung um N. Sie besucht das Mädchen im EPZ und erkundigt sich ausführlich beim Betreuer über die Familie und insbesondere die Mutter. Die Lehrerin übernimmt unbewusst elterliche Funktionen, was den Unmut der Mutter erregt. Die Mutter beklagt sich beim Betreuer über die Anmassung der Lehrerin, die sich in die Erziehung einmische.
- Ein Elternpaar aus einem ostafrikanischen Land will nicht, dass seine kleinen Kinder nach der Schule im Hort bleiben und dort die Schulaufgaben machen. Sie wollen nicht, dass ihre Kinder mit anderen gleichaltrigen Kindern, die nach ihrem Verständnis zu leicht bekleidet sind, spielen, tanzen, Theater spielen und gemeinsam Musik hören.
- Frau F. hat ihre Kinder, obgleich die Schule sehr bemüht war, davon abgehalten, in den Ferien an einem Programm mit Spiel- und Kulturangeboten für die Kinder teilzunehmen.
- Familie P. kommt aus einem südosteuropäischen Land und lebt seit mehreren Jahren in der Schweiz. Die Familie hat Status F. Der Vater ist Analphabet, lebt zurückgezogen und ist in seiner Rolle als Familienoberhaupt verunsichert. Er ist schwer depressiv, lehnt aber eine medizinische oder therapeutische Behandlung ab. Er ist mit sich so beschäftigt, dass er die Kinder wenig wahrnehmen kann. Die Mutter trägt die ganze Last der Verantwortung. Sie sichert durch ihre Kontinuität als Bezugsperson die Entwicklung der Kinder. Die zwei Söhne sind erfolgreich in der Schule. D. ist 14 Jahre alt und besucht das Gymnasium. M. ist

16-jährig und absolviert eine kaufmännische Lehre. Den Söhnen fällt es schwer, die Autorität des schwachen Vaters zu akzeptieren, vermeiden aber einen offenen Konflikt mit ihm. Seit Jahren spielen sie Fussball und sind in einem Club. Dort fühlen sie sich wohl und finden „männliche Vorbilder“ und Anerkennung. Diese Aktivität ist vom EPZ gefördert und unterstützt worden. Bald können sie um die Schweizer Staatsbürgerschaft ansuchen, während die Eltern ihren F-Status beibehalten werden.

- Herr G. und Herr W. aus Westafrika sind Jugendliche, die Kindersoldaten waren und in psychiatrischer Behandlung sind. Sie bewegen sich nur in ausgesuchten Kleidern im sozialen Raum im Exil und sind extrem bemüht über ihr Outfit Zugehörigkeit zu ihrer Peer-group zu signalisieren. Sie bekommen oft Besuch von Gleichaltrigen. Die Achtung auf die richtigen Codes steigert die Selbstachtung.
- In einer Familie aus Osteuropa wird das traditionelle Wir-Gefühl in der Migration stark gefördert. J. ist der älteste Sohn. Sein Onkel nimmt ihn regelmässig auf Treffen der Romas mit, die in der Schweiz gut organisiert sind. J., der spätadoleszent ist, soll, obgleich die kranken und isolierten Eltern skeptisch gegenüber der Schweiz sind, endlich ein richtiger Schweizer werden, aber gleichzeitig Roma bleiben. Er ist dieser widersprüchlichen Erwartung an ihn nicht gewachsen und wird delinquent. Seine Mutter interpretiert den Konflikt in der Form, dass sie sagt, er sei verrückt und brauche einen Arzt. Er solle in die Heimat zurück gehen, denn er sei nicht mehr länger ihr Sohn.
- H., 12 Jahre und G., 14 Jahre, bekommen von den Eltern keine Rückmeldung für ihre Noten. Die Eltern, die psychisch sowohl durch die Erlebnisse in der Vergangenheit durch Krieg und Verfolgung wie auch durch Anpassungsschwierigkeiten an die Schweizer Wirklichkeit spürbar belastet sind, scheinen der Schule gegenüber gleichgültig zu sein. Bei den Kindern H. und G. hat der EPZ-Raum, das Büro, eine Mittlerfunktion eingenommen. Die Kinder kommen regelmässig aus der Schule in das Büro und melden sich freudig. „Wie es geht, was sie im Unterricht gelernt haben“, ist eine wichtige Standardfrage. Die EPZ MitarbeiterInnen spiegeln den beiden Kindern die Wichtigkeit ihres Lernerfolges.
- Ein Junge, der nach einer Entscheidung der Vormundschaftsbehörde wegen Gefährdung des Kindeswohls in einer Pflegefamilie untergebracht worden ist, zeigt plötzlich keine Symptome und Verhaltensauffälligkeiten mehr. Er ist dort überangepasst und bricht eine Psychotherapie ab, weil er die Trennungsarbeit, bzw. den Verlust der Eltern und die Trauer um sie nicht ertragen kann.
- Bei J., einem 16-jährigen Jungen aus dem Iran, der schon seit vielen Jahren in der Schweiz lebt, ist seit zwei Jahren kein körperliches Wachstum mehr zu beobachten. Der Junge ist

aus dem Grund in ärztlicher Behandlung. Seine Mutter ist ängstlich und depressiv. J. ist sehr behütet und ein guter Schüler. Sein Vater war viele Jahre von seiner Familie getrennt, und ist erst später in die Schweiz geflüchtet.

- K., ein 12-jähriges Mädchen aus dem Iran, dass erst vor Kurzem mit der Mutter in die Schweiz gelangt ist und in Rekordzeit Schweizerdeutsch gelernt hat, kommt regelmässig - einem Ritual vergleichbar - nach der Schule in das Büro, strahlt wie eine Sonne und fragt freudig erregt: „Ist der Herr K. da?“ Sie holt sich Komplimente und Aufmerksamkeit vom Betreuer. Ihr Vater, der schon lange als Asyl Suchender in der Schweiz lebt, ist psychisch erkrankt und in psychiatrischer Behandlung. Die Eltern haben Beziehungsprobleme. Sie kann über das nicht sprechen. Erst als ihr Vater einmal in einer akuten Krise in die Klinik eingewiesen wird, brechen ihre Gefühle der Verzweiflung gleichsam kathartisch aus ihr heraus. Das Mädchen zeigt, wie schlecht es ihr wirklich geht. Als sie vier Jahre alt war, musste sie mit ihrer Mutter in den Norden ihres Herkunftslandes flüchten und sich dort über Jahre versteckt halten. Sie lebte wie eingesperrt, hatte eine Privatlehrerin und konnte nicht mit anderen Kindern spielen. Sie hat früh gelernt, zu lächeln und freundlich zu sein, um sich und die Familie zu schützen. Das ist ihr zu einer Maske des Überlebens geworden. Hier in der Schweiz geht K. gerne zur Schule. Das Mädchen K. leidet an plötzlicher Atemnot und Hustenanfällen und ist deshalb in ärztlicher Behandlung.
- Herr G. aus einem osteuropäischen Land wohnt mit seiner halbwüchsigen Tochter L. zusammen und hat eine stark symbiotische Beziehung zu ihr. Es besteht ein Verdacht auf sexuellen bzw. atmosphärischen Inzest. Die Mutter ist abrupt nach Bosnien zurückgekehrt, als L. noch ein 15-jähriges Mädchen war. Das war wie ein Schock für den zurückgebliebenen, psychisch kranken Vater und dessen Tochter. L. ist für Herrn G. sehr wichtig. Die Ambivalenzen zwischen Tochter und Vater häuften sich in der Folge. Die Tochter begann für den Vater symbolisch die Rolle der Mutter einzunehmen. In affektiv leidenschaftlich geführten Auseinandersetzungen drohte der Vater mit Suizid. Es gab häufige Schulabsenzen von L. Es entbrannte ein anhaltender Machtkampf zwischen dem Vater, der Tochter und der Schule. Wenn es notwendig war und eine Trennung drohte, verbündeten sich beide (Vater und Tochter) gegen das (feindliche) Aussen der Institution Schule.
- M., ein 18-jähriger Junge, der vor zwei Jahren in die Schweiz gekommen ist und vorher bei den Grosseltern gelebt hat, sitzt wegen eines Raubüberfalls, den er gemeinsam mit Freunden begangen hat, im Gefängnis und macht einen überraschend gelassenen Eindruck. Sein Vater, der die Familie mit Gewalt bedroht hat und mit dem Gesetz in Konflikt geraten war, ist erst vor kurzem aus der Schweiz ausgewiesen worden. M. hat alle Angebote, etwas zu lernen, nach kürzester Zeit abgebrochen. Fast immer hat er, wenn er das Büro betreten hat, teure, goldene Schuhe getragen. In den Gesprächen mit den EPZ-BetreuerInnen war er

unauffällig und überangepasst. Er versteht sich plötzlich mit seiner Mutter, die für ihn nie besonders viel Aufmerksamkeit übrig gehabt hat, aber jetzt, seit er im Gefängnis ist, sich grosse Sorgen um ihn macht. Sie hat erstmals ein Photo von ihm im Wohnzimmer aufgestellt. Plötzlich weiss der 18jährige M., was er will in seinem Leben. Er wirkt völlig verändert und geläutert im Gefängnis und „ganz bei sich selbst“ wie er sagt. Wenn er entlassen wird, will er in ein anderes Land gehen, und dort den Militärdienst leisten. Kurz nach seiner Entlassung aus dem Gefängnis stellt sich heraus, dass er Drogen konsumiert und mit Drogen handelt.

- H. ist ein siebenjähriges Mädchen aus dem Irak. Sie wirkt ebenso depressiv und ängstlich wie ihre Eltern, die beide völlig zurückgezogen leben. Sie nehmen weder an einem Beschäftigungsprojekt teil, noch haben sie Arbeit, und sie verbringen deshalb viel Zeit in der Wohnung. Die Eltern sind von der Schweiz als Asylant völlig enttäuscht und finden sich in den Strukturen nicht zurecht. Die Organisation eines Hortplatzes von H., die auf eine Initiative des EPZ hin geschehen ist, hat es H. ermöglicht, sich von den depressiven Eltern abzugrenzen. Nebst der Welt der Eltern konnte sie erstmals eine neue Lebenswelt erfahren. H. wirkt seitdem offener und freudiger.
- J., 14 Jahre, wird vom Vater in einem Anfall von ohnmächtiger Wut geschlagen, weil J. mit Freunden in der Schule Zigaretten geraucht hat. Der Vater droht ihm, ihn aus der Schule zu nehmen, wenn das noch einmal passieren sollte.
- Y. ist 17 Jahre alt und mit ihrer Mutter und zwei Geschwistern seit fünf Jahren in der Schweiz. Die Mutter ist allein mit drei Kindern geflüchtet. Der Vater ist zurückgeblieben. Sie ist die Älteste, sehr pflichtbewusst und die rechte Hand der Mutter und ihr gegenüber absolut loyal. Sie hat die Sekundarschule besucht und war eine exzellente Schülerin. Es scheint so, als ob sie nie Kind sein durfte.
- B., die 12 Jahre alt ist, fertigt wunderschöne Zeichnungen. Sie, die dem Büro in Form von Zeichnungen viele Geschenke macht, ist traurig. Sie bringt eine Zeichnung, auf der ein hässliches altes Gesicht abgebildet ist, das sie ausschneidet und dem Betreuer schenkt. Darauf schreibt sie: „Ich bin eine Ausländerin“. Auf die Frage des Betreuers, wer das denn sei, antwortet sie, die Zeichnung stelle eine Ausländerin dar, die so ausschaue wie sie selbst. Sie wünsche sich so zu sein wie die anderen Mädchen der Schulklasse. Diese seien alle viel hübscher als sie selbst.

5.8.5 Vom Risiko asylsuchender Kinder zu erkranken

Kinder und Jugendliche von Eltern mit psychischen Krankheiten stellen eine Risikogruppe für Erkrankungen dar. Das „krank sein“ asylsuchender Eltern, das mit einer psychiatrischen und klinischen Diagnose einhergeht, sollte immer auf dem Hintergrund der belastenden psychosozialen Umstände und Migrationsprozesse verstanden und gelesen werden. Wenn sich Eltern und Kinder mit Gewalt, Tod und Leiden beschäftigen, kann das eine wirksame, d.h. angemessene Form der Bewältigung und Trauer sein und sollte nicht vorschnell pathologisiert oder medizinisiert werden. Wenn möglich erst dann, wenn sich ein Leiden chronifiziert hat, sollte von Krankheit gesprochen werden. Selbst dann, wenn Kinder in ihrem Herkunftsland „extreme traumatische Erfahrungen“ erlitten haben, entwickeln sie nebst der Trauerarbeit über erlittene Verluste kreative Potenziale, um sich an die neuen Lebensumstände im Exil anzupassen. Allerdings verstärkt sich bei den Kindern, deren Eltern extrem verunsichert und entwurzelt sind und deren Leiden sich chronifiziert hat, das Risiko, selbst zu erkranken. Kinder leiden unter den Traumatisierungen der Eltern. Traumatisierte Eltern prägen den Kommunikationsstil der ganzen Familie. Die Mütter und Väter, die im Asylland in einem Zustand unerträglicher Verzweiflung und Angst leben, weisen gegenüber ihren Kindern chronische Versäumnisse an Einfühlung auf. Sie sind durch ihre Erlebnisse in eine Opferposition gebracht worden, die sie im Exil beibehalten und nicht mehr verlassen können. Ihre elementare Aufgabe, für die Kinder sorgende Eltern zu sein, können sie nicht mehr wahrnehmen. Gleichzeitig sind die Kinder die „einzige Hoffnung, für die es sich zu leben lohnt“ wie sie sagen. Ohne es auszusprechen, wird an die Kinder die Aufgabe delegiert, das Leid, das den Eltern zugefügt worden ist, symbolisch „wieder gut zu machen“, sie emotional für ihre Entbehrungen zu entschädigen und die Verluste der Vergangenheit zu ersetzen. In den Familien herrscht ein Klima gestörter Trauer und mitunter sogar intrafamiliärer Gewalt. Die Eltern „verkindlichen“ und die Kinder „verelterlichen“, vergreisen oder versteinern. Kinder vergessen oft das Spielen, beginnen früh „die Stille zu hören“ und sich in kleine Erwachsene zu verwandeln, die vielfach für die Eltern eine beschützende Rolle einnehmen. Sie müssen frühzeitig lernen mit der Leere, der Angst und dem Chaos umzugehen. Es kommt zu einer Verhärtung und Abgrenzung von der sozialen Umgebung, die als „verfolgend“ erlebt wird. In der Familie herrscht ein Klima dauernder Angst (vgl. Kap. 7.7, *Verlaufsstudie*). Unter solchen Bedingungen aufzuwachsen, bedeutet für die Kinder zwangsläufig Schaden zu nehmen. Deshalb ist die Gefahr, dass Kinder kranker bzw. traumatisierte Asyl Suchender selbst psychisch erkranken bzw. gehäuft Entwicklungsstörungen aufweisen, im Unterschied zu Kindern von Eltern, die „psychisch gesund“ sind, um ein Mehrfaches grösser. Die Auswirkung der Krankheiten von MigrantInnen auf das Kindeswohl ist wissenschaftlich erforscht, wenngleich erwähnt werden muss, dass in den europäischen Ländern nur wenige empirische Resultate zur Situation von Kindern und Jugendlichen aus MigrantInnenfamilien, ins-

besondere aus Familien Asyl Suchender vorliegen. Kinder von Eltern, die im Krieg extrem traumatisiert worden sind, zeigen überdurchschnittlich viele Verhaltens- und Lernstörungen (WEISS, 2002:215).

Im EPZ sind im Zeitraum der Untersuchung 78 Erwachsene und 36 Kinder und Jugendliche betreut worden. Die empirische Untersuchung im EPZ, die, wie es zu betonen gilt, nur eine bedingte Aussagekraft hat, zeigt eine besondere Häufung von Nennungen in den Kategorien „schwere familiäre Konflikte“ (30 Nennungen bei 36 Kindern/Jugendlichen) und Entwicklungsstörungen (10 Nennungen bei 36 Kindern/Jugendlichen) bzw. Schul-schwierigkeiten (9 Nennungen bei 36 Kindern/Jugendlichen). In der Kategorie „psychische, somatische und soziale Erscheinungsbilder“ gab es bei den Kindern und Jugendlichen häufige Nennungen, die Rückschlüsse auf eine übermässig hohe psychosoziale Belastung der Kinder und Jugendlichen Asyl Suchender zulassen. Bei Mädchen sind im Unterschied zu den Jungen der Tendenz nach Nennungen häufiger, so dass man daraus schliessen kann, dass die psychosozialen Belastungen geschlechtsspezifisch unterschiedlich verteilt sind.

In der Praxis zeigt sich weiter, dass die Betreuungsangebote, die intern angeboten werden, zwar genutzt werden, die externen Angebote, die der Entwicklung und Gesundheit förderlich sind, hingegen wenig oder gar nicht angenommen werden. Es kann so interpretiert werden, dass die Eltern, weil sie Angst davor haben die Kinder in der Fremde/an die Fremden zu verlieren, diese stark an sich binden und keinen externen Institutionen anvertrauen.

	Unbegleitet oder in Familie mit einem Elternteil				Familien		
	m		w		m	w	
	ohne Begleitung	mit Begleitung	ohne Begleitung	mit Begleitung			
Schwere familiäre Konflikte (z.B. Missbrauch, Gewalt in der Familie)	1	4	-	8	7	10	30
Entwicklungsstörungen	-	2	-	2	2	4	10
Schulschwierigkeiten	-	2	-	2	2	3	9
Primäre und sekundäre Trauma-Störung auf Grund von Krieg, Folter, Vergewaltigung, anderer Gewalterfahrung oder sequentieller Traumatisierung in der Schweiz	2	-	-	1	1	2	6
Somatische Erkrankung	-	-	-	-	-	3	3
Gewalttätigkeit	-	-	-	1	1	-	2
Psychosomatische Störungen und Krankheiten	-	-	-	-	-	2	2
Schwache kognitive Fähigkeiten	-	-	-	1	1	-	2
Verwahrlosung	-	1	-	1	-	-	2
Depression	-	-	-	-	-	1	1
Suchtprobleme	1	-	-	-	-	-	1
Schwere Persönlichkeitsstörung (z.B. paranoide Verarbeitung des aktuellen Geschehens, Borderline-Persönlichkeit)	-	-	-	-	-	-	-
Schwere psychische Krankheit (z.B. Schizophrenie, wiederholte psychotische Episoden)	-	-	-	-	-	-	-
Suizidalität	-	-	-	-	-	-	-
Total Nennungen	4	9	-	16	14	25	68
Anzahl Personen	2	4	-	8	10	12	36

Tabelle 5.6: Berücksichtigt sind alle minderjährigen KlientInnen, welche 2002 im EPZ betreut wurden.

5.8.6 Empfehlungen

- Eltern und Kinder in der Migration müssen viel Neues lernen, um schrittweise in die für sie fremde Kultur eingebunden zu werden. Die Anpassungs- und Integrationsprozesse sind Ich-Leistungen. Es sind Prozesse, die Raum und Zeit erfordern. Der unsichere rechtliche Status Asyl Suchender erschwert den Prozess der sozialen Integration.
- Die Trauer um den Verlust von geliebten Menschen im Besonderen und der „Heimat im Allgemeinen“ ist Voraussetzung dafür, dass Neues entstehen kann. Sie benötigt Raum und

Zeit. Der unsichere rechtliche Status der Asyl Suchenden erschwert die Trauerarbeit.

- Der Prozess der Migration erfordert einen zugestandenen Spielraum für Lernprozesse. Das setzt die Einübung in die Gelassenheit der Beteiligten voraus: Das gilt für die Eltern der Kinder und für die Institutionen im Exil, die mit den Asyl Suchenden arbeiten. Der unsichere rechtliche Status erzeugt Angst und Unsicherheit und erschwert die Einübung in die Gelassenheit.
- Die Kinder der kranken Asyl Suchenden sind noch verwundbarer und bedürfen deshalb um so mehr eines Schonraumes. Der unsichere rechtliche Status bedroht den Schonraum.
- Ein „protektives Milieu“ bzw. stabiles psychosoziales Milieu“ kann Kindern mit belastenden biographischen Erfahrungen Schutz bieten. Wenn die Eltern auf Grund einschlägiger negativer Erfahrungen und anhaltender psychosozialer Belastungen den Schutz nicht leisten, müssen, um möglichen Störungen und Erkrankungen bzw. sequentiellen Traumatisierungen bei den Kindern vorzubeugen, ergänzende und die Eltern unterstützende Fach- und Subsysteme wirksam werden.
- Das Personal und die Institutionen, die mit Asyl Suchenden arbeiten, sollten sich der Problematik „Eltern und Kinder“ bewusst sein und eine vermittelnde bis aufklärende Position gegenüber dem Lehr- bzw. Fachpersonal von Kindergarten, Hort und der Schule einnehmen. Diese schätzen die Situation nicht immer richtig ein. Sie engagieren sich, konkurrieren aber mit den vulnerablen Eltern um die Gunst der Kinder. Damit verstärken sie ungewollt die innere Spaltung und die innerpsychischen Konflikte der Kinder.
- Autonomiebestrebungen Jugendlicher, die auf Grund von Loyalitätskonflikten erschwert sind, sollten selbst gegen den Willen ihrer Eltern vom Fachpersonal, das mit Asyl Suchenden Familien arbeitet, gezielt unterstützt und gefördert werden. Die Voraussetzung für das Gelingen sind ebenso sehr eine relative Sicherheit was den rechtlichen Status der Jugendlichen anbelangt wie die Perspektiven, die ihnen von der Residenzgesellschaft zur Verfügung gestellt werden.
- Wenn sich jugendliche Asyl Suchende in eine ambulante Psychotherapie begeben, ist es gemäss Erfahrung häufig der Fall, dass die Therapie vorzeitig abgebrochen wird. Die BetreuerInnen sollten darauf achten, dass die mit den externen Psychotherapeuten vereinbarten Termine auch wahrgenommen werden. Wenn ein „ambulantes Setting“ dennoch nicht gelingt, müssen institutionsinterne Wege gesucht werden, um zum Jugendlichen einen Zugang zu finden.

5.9 Sprache und Übersetzung

5.9.1 Statistische Daten

Analog zur entsprechenden Tabelle des Fragebogens in der Studie von Blöchliger et al., 1994: Anhang 8.2 wurde in untenstehender Tabelle versucht, die Dolmetschersituation des EPZ zu analysieren. Die Fragen wurden von den 6 therapeutischen FachmitarbeiterInnen beantwortet, welche direkt mit den KlientInnen des EPZ in Kontakt sind.

Sprachliche und kulturelle Kommunikation

In welchen Sprachen betreuen Sie Ihre Klientinnen resp. Klienten? (Mehrfach-Antwort):

6	Deutsch
4	Französisch
3	Italienisch
6	Englisch
2	Spanisch
1	Arabisch

Art der Kommunikationsprobleme in der Beziehung zu Asyl Suchenden:

- $\begin{matrix} + \\ \square & \square & 2 & 3 & 1 \\ - \end{matrix}$
 Die Probleme sind vor allem sprachlicher Natur.
- $\begin{matrix} \square & \square & \square & 3 & 3 \end{matrix}$
 Probleme haben vor allem mit Schwierigkeiten der interkulturellen Verständigung zu tun.
- $\begin{matrix} \square & \square & \square & 1 & 5 \end{matrix}$
 Probleme in der Betreuung von Asyl Suchenden/Flüchtlingen sind auf Idiosynkrasien (beiderseitige individuelle Überempfindlichkeiten oder Abneigungen) zurückzuführen.

Übersetzung in den Gesprächen:

- $\begin{matrix} + \\ \square & 1 & \square & 2 & 3 \\ - \end{matrix}$
 ist in der Mehrzahl der Fälle nicht nötig.
- $\begin{matrix} 3 & 1 & \square & 2 & \square \end{matrix}$
 kann – falls notwendig – in der Regel organisiert werden.
- $\begin{matrix} \square & \square & \square & 4 & 2 \end{matrix}$
 wird von den Asyl Suchenden/Flüchtlingen selber organisiert.
- $\begin{matrix} 6 & \square & \square & \square & \square \end{matrix}$
 Ich muss mich selber um die Übersetzung kümmern.

Wahl der Übersetzerin, des Übersetzers:

- $\begin{matrix} + \\ 6 & \square & \square & \square & \square \\ - \end{matrix}$
 Die Übersetzung durch „neutrale“, professionelle Drittpersonen wäre optimal.
- $\begin{matrix} \square & \square & \square & 3 & 3 \end{matrix}$
 Die Übersetzung durch Bekannte oder Verwandte genügt meistens.
- $\begin{matrix} 6 & \square & \square & \square & \square \end{matrix}$
 Ich halte es für problematisch, wenn Kinder als Übersetzer herangezogen werden.
- $\begin{matrix} \square & \square & 3 & 2 & 1 \end{matrix}$
 Die Geschlechtszugehörigkeit der übersetzenden Personen bereitet häufige Probleme.
- $\begin{matrix} 1 & 1 & \square & 2 & 2 \end{matrix}$
 Angehörige sind ausgesprochen ungünstige Übersetzerinnen resp. Übersetzer.

Wie ersichtlich, können die gängigsten Fremdsprachen durch die FachmitarbeiterInnen des EPZ abgedeckt werden.

Während der Erhebungsperiode wurden Asyl Suchende aus 25 Ländern durch das EPZ betreut, wobei in diesen Ländern 6 Minderheiten zusätzlich je eine andere Sprache sprechen. Rechnet man frankophone und anglophone AfrikanerInnen den jeweiligen Sprachen Französisch und Englisch zu, so ergibt sich ein „Babylon“ von immerhin ungefähr 22 Muttersprachen (nicht eingeschlossen also die afrikanischen Lokalsprachen).

Allein in einem der 3 Häuser des EPZ müssen zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Studie regelmässig Übersetzungen in den Sprachen Albanisch, Farsi, Kurdisch, Russisch, Serbo-kroatisch, Somalisch, Tamilisch und Türkisch angefordert werden.

5.9.2 *Kurzer Exkurs zum Spracherwerb in der Migration*

Sprache und Spracherwerb müssen in ihrem Kontext betrachtet werden. In der psychoanalytischen Betrachtungsweise der Migration wird der Migrationsprozess potentiell als *Krisensituation* aufgefasst, in welcher das Individuum in einen Zustand der Desorganisation versetzt wird. Die Fähigkeit zur Reorganisation hängt von der Prädisposition ab, mit welcher das Subjekt auf die Krisensituation antwortet. Ein Stützpunkt für die eigene Identität ist nun die Sprache, dieses bedeutsame Symbolsystem. (GRINBERG/GRINBERG, 1990:113 ff.) bezeichnen den *Sprachwechsel* als eines der wichtigsten Probleme, mit denen MigrantInnen konfrontiert sind, da die Merkmale der Sprache eine bestimmte Weltanschauung enthalten, welche auch die Art und Weise unserer Wahrnehmung von Realität bestimmt. Bei Menschen, die mühelos eine neue Sprache erlernten, könnten abgesehen von einer spezifischen Sprachbegabung auch defensive Motive wirksam sein, es könne eine manische Überkompensation vorliegen. Intensive Widerstände gegen das Erlernen der neuen Sprache hingegen seien mit dissoziativer Abwehr verbunden.

In der *Sprachlosigkeit* aber findet ein psychischer Konflikt ev. keinen symbolischen Ausdruck mehr und führt zur Entstehung von Symptomen (KOHTE-MEYER, 1999).

5.9.3 *Sprachkenntnisse der KlientInnen im EPZ*

Es versteht sich deshalb von selbst, dass gute Kenntnisse der deutschen Sprache insbesondere bei der Klientel des EPZ nicht einfach vorausgesetzt werden können. Gerade psychisch kranke Asyl Suchende haben zudem oft Mühe, sich zu konzentrieren - oftmals nicht zuletzt infolge der Medikamenten-Einnahme - und sehen sich entsprechend nicht in der Lage, dem Deutschunterricht zu folgen.

Bezüglich der Sprachkenntnisse der KlientInnen präsentiert sich jedoch ein sehr heterogenes Bild: Einzelne KlientInnen des EPZ sprechen gut bis sehr gut deutsch oder allenfalls französisch bzw. englisch. Mehrere KlientInnen beherrschen nur ihre Muttersprache und sind immer auf eine Übersetzung angewiesen. Andere können zwar einfache Unterhaltungen in deutscher Sprache führen, für ausführlichere und tiefergehende Gespräche müssen jedoch regelmässig ÜbersetzerInnen hinzugezogen werden. Dies bedeutet für die Fachpersonen des EPZ längerfristige Planung und Organisation.

5.9.4 Probleme bei der Übersetzungs-Situation im EPZ

Auch wenn Verständigungsprobleme im interkulturellen Bereich nicht immer nur sprachlich determiniert sind, ist die sprachliche Kommunikationsmöglichkeit zentral. Speziell bei der Klientel des EPZ ist es wichtig, dass sie sich verstanden fühlt. Ein sorgfältiges Abklären und Nachfragen ist selbstverständlich und benötigt Zeit.

Um Loyalitätskonflikte zu vermeiden, werden nur ausnahmsweise - für einfache Angelegenheiten - Familienmitglieder im EPZ zur Übersetzung herangezogen (und nur in den seltensten Fällen Kinder). Dasselbe gilt für Freunde und Freundinnen der KlientInnen.

Aus finanziellen Gründen kann das EPZ in der Regel keine professionellen ÜbersetzerInnen beiziehen, was sowohl von den Fachleuten wie auch von der Klientel als Mangel erlebt wird. Es hat jedoch die Möglichkeit, den PSD (Psychosozialer Dienst), einen weiteren Fachbereich der Asyl-Organisation Zürich, in Anspruch zu nehmen. Dort werden geeignete Asyl Suchende zu sog. MediatorInnen ausgebildet, die auch Gesprächsübersetzungen (gegen ein kleines Entgelt; z.B. auch bei Arztbesuchen) übernehmen. Im PSD wird dies „Sprach-Vermittlung“ genannt.

Auch wenn mit einzelnen dieser SprachvermittlerInnen durchaus zufriedenstellende und längerdauernde Arbeitsbeziehungen bestehen, ist dieses Setting für das EPZ in der Praxis in verschiedener Hinsicht problematisch:

Einerseits sind die Deutschkenntnisse dieser Laien-ÜbersetzerInnen sehr unterschiedlich. Andererseits stehen für bestimmte Sprachen (wie z.B. tamilisch und somalisch) fast oder gar keine ÜbersetzerInnen zur Verfügung. Einzelne Übersetzungen erfolgen über die Drittsprachen Englisch und Französisch, da die ÜbersetzerInnen der deutschen Sprache noch nicht mächtig sind. In andern Fällen findet die Übersetzung nicht durch Landsleute statt. (Beispiel: Ein Iraner, der auch türkisch spricht, übersetzt für einen Türken.). Dies kann zu einem Informations- bzw. Authentizitätsverlust führen. Gerade in der Ermittlung von affektiven Zuständen ist eine möglichst wortgetreue Übersetzung hilfreich, im Unterschied zur freien Übersetzung. Des weitern können ÜbersetzerInnen plötzlich ausfallen, weil sie eine Arbeit gefunden haben oder ihr Status sich verändert hat.

Bei den genannten Laien-ÜbersetzerInnen bzw. SprachvermittlerInnen herrscht gelegentlich Unsicherheit betreffend ihrer *Rolle* und den Erwartungen, die an sie gestellt werden. Aus diesem Grunde und ausserdem zur Entlastung bei emotional schwierigen Gesprächen sind oftmals Vor- und Nachbesprechungen notwendig. Bei grossem Bildungsgefälle zwischen KlientIn und ÜbersetzerIn können schichtbedingte Missverständnisse resultieren, die es aufzulösen gilt.

Die ÜbersetzerInnen des PSD erfüllen auch manchmal von sich aus die Funktion von „kulturellen MediatorInnen“ und sind als solche AkteurInnen. Da sie selbst Asyl Suchende sind, ist ihnen der Kontext bekannt, was einerseits eine Ressource sein kann. Andererseits kann dadurch die notwendige Distanz und Abgrenzung fehlen. Hin und wieder, wie die Erfahrung im EPZ zeigt, werden die ÜbersetzerInnen zu impliziten oder expliziten FürsprecherInnen für die KlientInnen (und leiden ev. unter eigener Beeinträchtigung selbst mit) oder werden gar von diesen instrumentalisiert. Wenn Laien-ÜbersetzerInnen zu HauptansprechspartnerInnen der KlientInnen werden, auch ausserhalb der vereinbarten Übersetzungszeit, sind sie oftmals überfordert.

Es kommt aber auch vor, dass KlientInnen ÜbersetzerInnen ablehnen, weil sie ihnen aus unterschiedlichen Gründen nicht trauen.

Bewährt haben sich in der Triade „Fachperson EPZ – KlientIn – ÜbersetzerIn“ gleichgeschlechtliche Gruppen, für beide Geschlechter. V.a. bei Frauen ist es wichtig, Übersetze-

rinnen zu engagieren, speziell auch, wenn der Betreuer männlich ist. Wenn sowohl Klient als auch Betreuer männlich sind, empfiehlt sich ein männlicher Übersetzer ebenfalls.

(Vgl. auch BLÖCHLIGER et al., 1994; HAENEL, 2001; ORTH, 2001; WEISS und STUCKER, 1998; WEISS, 2003, S. 271-274)

5.9.5 Empfehlungen

Eine *Professionalisierung* der Übersetzer-Situation im EPZ wäre aus den unter 5.9.4. genannten Gründen äusserst wünschenswert, ist aber mit entsprechender *Kostenfolge* verbunden.

LaienübersetzerInnen ohne jegliche Ausbildung und Familienangehörige sind in den meisten Fällen nicht geeignet als ÜbersetzerInnen.

- Eine möglichst professionelle Übersetzung ist notwendig, gemäss Standards von Verein „Interpret“ (Verein „Interpret“, 2002).
- Weil die KlientInnen aus sehr verschiedenen Sprachregionen kommen, ist ein breit ausgebauter Übersetzungsdienst erforderlich.
- Dieser sollte längerfristige Arbeitsbeziehungen ermöglichen, was in Bezug auf Kontinuität und Vertrauensbildung insbesondere für die Klientel des EPZ wichtig ist.
- Frauen benötigen Frauen als Übersetzerinnen.

5.10 Angst und Rückkehr

Die Beobachtungen im EPZ zeigen, dass das Thema Rückkehr bei den Asyl Suchenden im EPZ bis auf wenige Ausnahmen angstbesetzt ist und vermieden wird. Einmal, weil das Thema Rückkehr mit unangenehmen Erfahrungen (Angst vor Verfolgung) und mit Erinnerungen an erlittene Verluste verbunden ist, die nicht „bewusstseinsfähig“ sind und im Dienste des Ichs abgewehrt werden. Zum anderen wird das Thema vermieden, weil der Wunsch der KlientInnen darauf gerichtet ist, unter allen Umständen in der Schweiz bleiben zu können und dementsprechend die Lebensperspektiven und die Realisierung der Lebenswünsche in der Schweiz gesucht werden. Eine Rückkehr in das Herkunftsland ist mit Angst und Scham besetzt und wäre gleichbedeutend mit einer „Niederlage“.

Das Ziel, in der Schweiz bleiben zu dürfen, wird von den meisten Asyl Suchenden mit aller Kraft und konsequent angestrebt. Es zeigt sich z.B. im Bemühen darum, eine „richtige Arbeit“ zu erhalten, um finanziell von der Fürsorge unabhängig zu werden. Sie erhoffen sich mittels einer „richtigen Arbeit“ eine bessere soziale Einbindung in die Schweiz und einen rechtlich besseren Status. Besonders hervorzuheben ist, dass selbst die kranken Asyl Suchenden, die psychisch beschädigt und am Arbeitsmarkt benachteiligt sind, sich regelmässig überfordern, indem sie diese „richtige Arbeit“ anstreben. Der Wunsch der meisten Asyl Suchenden, um jeden Preis in der Schweiz zu bleiben, selbst um den Preis der Krankheit, die einen rechtlichen Schutz vor einer Ausweisung bietet, zeigt sich dann im „krank Bleiben“ oder in der Entstehung einer psychischen Krise, wenn eine Ausweisung droht.

Im EPZ wird das Thema Rückkehr häufig erst in dem Moment (und das meist schockartig) aktuell, wenn ein negativer Asylentscheid eintrifft und/oder eine Ausschaffung unabwendbar ist. Eine drohende Ausschaffung kann eine dramatische Lebenskrise und sogar eine Verzweiflungstat auslösen, die in der Folge einen verstärkten Betreuungsaufwand oder die Verständigung des Notfallpsychiaters notwendig macht. Eine aktive Thematisierung der Rückkehr durch die FachbetreuerInnen der Institution ist mit den KlientInnen des EPZ, deren Angstentwicklung hoch ist und leicht in Paranoia umschlagen kann, wenig sinnvoll und deshalb nur begrenzt möglich. Wenn es doch geschieht, laufen die BetreuerInnen Gefahr, von den kranken Asyl Suchenden schnell mit einer staatlichen Instanz identifiziert zu werden. In die Rolle des Verfolgers gerückt, riskieren sie, das Vertrauen der KlientIn zu verlieren.

Das Thema Rückkehr ist bei den meisten KlientInnen sehr mit Angst besetzt und wird mit einer Ausweisung assoziiert. Selbst wenn darüber nicht gesprochen wird, ist es gegenwärtig. Diejenigen, welche Verwandte im Heimatland zurückgelassen haben, halten - sofern dies möglich ist - Kontakt. Heimwehgefühle können und wollen sie sich nicht leisten. Die, wel-

che den Verlust von geliebten Menschen zu beklagen haben, schweigen, weil bereits das Aussprechen ihrer Gefühle oder das Mitteilen dieser Gedanken für sie etwas Bedrohliches hat.

Das Thema Rückkehr erzeugt mehrfach Angst:

- Das Herkunftsland ist das Land der Unterdrückung, der Not und der Peiniger, wohin zurückzukehren die KlientInnen Angst haben, selbst wenn das Land schon „befriedet“ sein sollte.
- Sie haben Angst vor ihren eigenen verdrängten Wünschen und Sehnsüchten, die mit der Heimkehr verbunden sind.
- Sie haben Angst, dass diese Wünsche von den BetreuerInnen missverstanden werden könnten.

Die Aufhebung der Verleugnung und die Thematisierung der möglichen Rückkehr hat auf der Seite des betroffenen Subjekts mit einsetzenden Trauerprozessen zu tun, die ebenso einen geschützten Rahmen erfordern wie sie genügend Zeit benötigen.

EPZ-Fallvignetten:

- Anlässlich von regelmässigen Gesprächssitzungen der Fachpersonen des EPZ mit einer Familie, die im Exil in der Schweiz grosses Unbehagen empfindet, hat die Frage „Ja, weshalb gehen Sie nicht zurück in Ihr Land?“ aggressive Empörung ausgelöst. Die Sitzung wurde panikartig und unter Zuschlagen von Türen verlassen, und der Vertrauensbruch in der Betreuung, der durch diese Bemerkung (die nur aus dem Zusammenhang heraus verständlich ist) eingetreten war, war nicht mehr zu beheben. Der Faden war wie gerissen und konnte nicht mehr wirklich aufgegriffen werden.
- Eine sechsköpfige Familie aus einem südosteuropäischen Land, die mehrere Jahre im Exil in der Schweiz lebte, wurde unter dramatischen Umständen, d.h. mit grossem Polizeiaufgebot, aus der Schweiz ausgeschafft. Der depressive Vater hatte vor der Realität des Ausweisungsbescheides bis zum Schluss die Augen verschlossen. Während der Thematisierung der bevorstehenden Rückkehr mit den FachbetreuerInnen des EPZ stiess er plötzlich seinen Kopf mit ungeheurer Wucht gegen die Wand, gerade so, als ob er sich ob des negativen Bescheides betäuben oder den Aufenthalt erzwingen wollte. Der Notfallpsychiater musste verständigt werden. Berichten seiner Familie zufolge ist der Mann gebrochen und kann das Leben im Herkunftsland nicht mehr an die Hand nehmen.

- Ein tamilischer Klient, dessen Eltern verstorben sind und dessen Geschwister in verschiedenen Ländern leben, hat keinen „sozialen Ort“ mehr, an den er zurückkehren könnte.
- Herr K. aus dem Irak stellte sofort, nachdem Saddam Hussein gestürzt war, einen Antrag auf Rückkehr. „Saddam und die Schweiz“ hätten ihn „fertig gemacht“, sagte er. Im Schweizer Exil litt der ausgebildete Architekt an Schlaflosigkeit und Depressionen und war in psychiatrischer Behandlung. Kaum zurückgekehrt, soll er als Dolmetscher für die amerikanische Armee gearbeitet haben. Unter den Exilirakern, die Herrn K. gekannt haben, geht das Gerücht um, er sei bei einem Terroranschlag ums Leben gekommen.

6 Quantitative Resultate und Analysen

6.1 Kostenvergleich, optimaler Stellenschlüssel

6.1.1 Kostenvergleich Psychiatrische Einrichtungen und EPZ

Gesamtkosten pro Patienten-Tag in psychiatrischer Klinik

Quelle: Psychiatrische Versorgung, Kenndaten 2000. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.

	CHF
PUK	761.—
Sanatorium Kilchberg	518.—
Hard	711.—
Rheinau	592.—
Hohenegg	389.—
Klinik am Zürichberg	630.—
Durchschnitt aller Kliniken im Kanton Zürich (Erwachsenenpsychiatrie)	597.—

Tabelle 6.1

Gesamtkosten pro Kliententag im EPZ

Quelle: Erfolgsrechnung EPZ 2001 und 2002.

Kosten pro Übernachtung: CHF 69.74

Berechnung: Total Aufwand EPZ (CHF 2 205 468.—) bei insgesamt 31 622 Übernachtungen.

Die Kosten decken den Aufwand für 'Unterbringung mit Vollpension' und die Betreuung der KlientInnen; nicht enthalten sind Krankenkassenprämien, allfällige Selbstbehalte, Jahresfranchisen und Zahnbehandlungskosten.

Ca. CHF 30.— der Kosten werden durch die Pauschale des BFF für Unterbringung und Unterstützung abgedeckt; es fallen somit folgende Mehrkosten an:

CHF 39.74

Personalkosten pro Übernachtung

	CHF
2001: EPZ mit 540 Stellenprozent	19.05
2002: EPZ mit 640 Stellenprozent	24.46
Durchschnitt aller Kliniken im Kanton Zürich (Erwachsenenpsychiatrie):	421.—

Tabelle 6.2

Spareffekt des EPZ

	CHF
Kliniktag psychiatrische Klinik (Durchschnitt 2000)	597.—
Abzüglich KlientInnen-Tag EPZ (2002)	-70.—
Einsparung pro vermiedenem Kliniktag durch das EPZ	527.—

Tabelle 6.3

Werden zusätzlich die BFF-Pauschalen berücksichtigt, kann mit einer ca. CHF 30.— höheren Einsparung gerechnet werden. Beim Betrag von CHF 70.— handelt es sich um Bruttokosten, die BFF-Pauschale wurde somit nicht abgezogen. Gäbe es das EPZ nicht, würden (bei normaler Unterbringung) mindestens Kosten in der Höhe der BFF-Pauschalen anfallen.

Angenommen, 10% der KlientInnen des EPZ (Übernachtungen 2002: 31 622) wären (wenn es das EPZ nicht gäbe) in einer Klinik, ergibt sich ein Spareffekt von CHF 1 666 000.— bis CHF 1 761 000.— pro Jahr.

Daraus ergibt sich, dass der jährliche Beitrag an das EPZ durch den Kanton Zürich in der Höhe von CHF 1 076 000.— aus volkswirtschaftlicher Sicht amortisiert ist, wenn ohne EPZ 5,31 der gegenwärtig ca. 90 KlientInnen in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden müssten.

6.1.2 Weitere Vergleichszahlen

Sozialpsychiatrische Wohnheime (2002)

(Verein Interessengemeinschaft für Sozialpsychiatrie Zürich, IGSP)

Quelle: Jahresbericht und Erfolgsrechnung IGSP 2002

Angebot: Unterkunft und Betreuung, ohne interne Tagesstruktur. Externe Tagesstruktur/ Beschäftigung (mindestens halbtags) ist Voraussetzung für eine Aufnahme, ebenso eine IV-Rente.

	Gesamtkosten/Tag CHF	Personalkosten/Tag CHF
Wohnhaus Lueg is Land	104.—	67.55
Wohnhaus Heinrich	138.—	97.—
Wohngruppe Linde	125.—	90.55
Wohnhaus Neumünster	107.—	67.75
Wohnhaus Sempacherhof	120.—	77.80
Durchschnitt	118.80	80.13

Tabelle 6.4

Pflegeheim

Pflegezentrum Bauma (2002)

Quelle: Erfolgsrechnung 2002

	Gesamtkosten/Tag CHF	Personalkosten/Tag CHF
Pflegezentrum Bauma	247.18	166.78

Tabelle 6.5

Strafanstalten

Strafanstalt Kanton Zürich (1998)

Flughafengefängnis (1998)

Quelle: Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich vom 1.3.2000

	Zellenplatz/Tag CHF
Strafanstalt Kanton Zürich	366.—
Flughafengefängnis	132.—

Tabelle 6.6

6.1.3 *Relation Stellenschlüssel zu Anzahl generierter Kliniktage*

Die Anzahl Klinikeinweisungen während einer Periode und die Dauer der jeweiligen Aufenthalte messen die Wirksamkeit einer Institution wie das EPZ auf einfache Art und Weise. Das Total der generierten Kliniktage eignet sich insofern, als es sich dabei um eine Grösse handelt, welcher mit geringem Recherchieraufwand ein Preis zugeordnet werden kann. Zudem wird dieser Preis durch Marktkräfte gebildet, stehen doch einer gewissen Anzahl Anbietern (den psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich) eine grosse Anzahl Nachfragender (die Patienten, vertreten durch die zuweisenden ÄrztInnen und Institutionen) gegenüber. – Die wesentlichen Parameter, welche zur Steuerung genannter Grössen zur Verfügung stehen sind: der *Stellenschlüssel* (die Anzahl zu betreuender Personen pro Fachbetreuerin resp. Fachbetreuer) und die *Qualifikation der Teammitglieder*. Es gibt selbstverständlich eine Reihe weiterer Faktoren, welche die Anzahl generierter Kliniktage beeinflussen, wie z.B. die Qualität der Unterbringung ausserhalb der Klinik, die familiäre Situation einer Klientin resp. eines Klienten oder allgemein ihr resp. sein soziokulturelles Umfeld. Da es sich dabei jedoch nur um sehr langfristig und in beschränktem Ausmass zu beeinflussende Faktoren handelt, wurde diese im vorliegenden Versuch einer analytischen Annäherung mittels einer Kostengrenzwertberechnung vernachlässigt.

Der Nutzen

Bezüglich Messung des Ertrags oder des Nutzens des EPZ können eine ganze Reihe von Einschränkungen gemacht werden. Vermiedene Kliniktage sind bei Weitem nicht der alleinige „Output“ der untersuchten Einrichtung, gibt es doch eine Vielzahl weiterer Erträge, welche in einer detaillierteren Untersuchung zu berücksichtigen wären.

Mit Nachdruck zu erwähnen wäre sicher der Nutzen der therapeutischen Arbeit des EPZ. Das Vermeiden oder zumindest Verzögern einer Chronifizierung, das Herauslösen einzelner Klientinnen resp. Klienten aus belastenden familiären Verhältnissen, das Sprechen über traumatisierende Erlebnisse, das Nachlassen von Suizidalität, all dies sind Werte, welche sich aus ökonomischer Sicht nur mit Mühe messen lassen. Gleiches gilt für die Beobachtung, dass oft ganze Bereiche des Asylwesens wegen Überforderungen, die vom belastenden Umgang mit psychisch erkrankten Menschen ausgehen können, in ihrer Funktionsfähigkeit stark beeinträchtigt sind. Allein schon der Wechsel des betreuenden Teams kann in solchen Fällen zu einer Entlastung führen. Gelingt es gleichzeitig, den Zugang zu ethnologischem und psychotherapeutischem Fachwissen zu verbessern, erhöhen sich die Erfolgsaussichten. Aus ökonomischer Sicht stellen sich jedoch auch in solchen Fällen Bewertungsprobleme. Wie soll zum Beispiel die Blockierung des Asylwesens einer Gemeinde in

Geldeinheiten ausgedrückt werden? Wie die Verschlechterung des Gesundheitszustands eines psychisch erkrankten Asyl Suchenden, weil zum Beispiel Rückzugsmöglichkeiten in ein eigenes Zimmer fehlen? Was kostet das Nichtzustandkommen eines therapeutischen Gesprächs, sei es aus Mangel an den dazu notwendigen Kenntnissen oder weil die damit beauftragten Fachkräfte zu sehr belastet sind? – Kaum zu bestreiten, dass auch aus ökonomischer Sicht Wertvermehrungen mit der Behebung genannter Umstände einher gehen. Schwierig ist allerdings die Festlegung eines Äquivalents, gibt es doch aus nachvollziehbaren Gründen nur in beschränktem Umfang Marktkräfte, welche zur Bildung eines zu erzielenden Preises führten.

Als Ertrag keineswegs vernachlässigt werden darf die fürsorgerische Fallführung, welche das Team des EPZ für rund 90 Asyl Suchende jährlich leistet. Da Klientinnen und Klienten in meist prekärem gesundheitlichem Zustand betreut werden, ist die Abstimmung der verschiedenen unterstützenden Institutionen (IV, ALV, Krankentaggelder, Gelder der Gemeinden, des Kantons oder des BFF) mit hohem Aufwand verbunden. Bei der Berechnung der Grenzerträge kann dieser Output jedoch vernachlässigt werden, da davon ausgegangen werden kann, dass in den untersuchten Perioden und den beiden Extremsituationen, diese Arbeit in gleichbleibender Qualität geleistet worden ist resp. geleistet würde.

Als drittes Element, welches als Ertrag des EPZ angesehen werden kann, sei schliesslich die kritische Reflexion und Weitergabe erworbenen Wissens genannt.

Die Datengrundlage, auf welche sich die Herleitung der Kurven abstützt, genügt wissenschaftlicher Überprüfbarkeit noch nicht. Einerseits lassen sich die genauen Stellenschlüssel und insbesondere die Qualifikationen der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht beliebig weit zurückverfolgen; andererseits handelt es sich beim EPZ noch immer um eine sich wandelnde Institution, was Wirksamkeitsvergleiche der einzelnen Perioden relativiert. Auch der Pionier-Charakter des EPZ (es gibt in der Schweiz keine ähnliche Institution) verunmöglicht eine Verifikation des Gesagten durch Messungen in einer vergleichbaren Einrichtung. – Dennoch sei der Versuch gewagt, notgedrungen mittels eher intuitiver Annäherung die Relation genannter Faktoren in einem mathematischen Modell zu fassen. Die Erarbeitung eines Modells, welches strenger Wissenschaftlichkeit genüge, würde den Rahmen dieser Studie wohl auch sprengen.

Welcher Zustand ist anzustreben? Ist es zum Beispiel sinnvoll, während einer Periode keinen einzigen Kliniktag zu generieren? – Mit genügend Personal, Nachtwachen und Betreuung auch während den Wochenenden liesse sich dieser Zustand vielleicht erreichen. Ob sich in diesem Fall die Differenzierung Klinik – EPZ überhaupt noch aufrecht erhalten liesse oder das EPZ nicht selbst zu einer Einrichtung, ähnlich einer psychiatrischen Klinik würde, mit entsprechenden Kostenfolgen, bliebe abzuwarten. Zu beklagen wäre mit Sicherheit der Verlust des niederschweligen Charakters der Institution, da in eine Einrichtung mit hohem Betreuungsaufwand wohl nur noch eine Zulassung nach ärztlich attestierter Indikation möglich wäre.

Oder, im Sinn eines anderen Extrems gedacht, wäre es vorstellbar, mit möglichst wenig, ungenügend qualifiziertem Personal zu arbeiten? – Auch dies eine Möglichkeit, welche nur allzu häufig erschreckende Realitäten herbeiführt: erhöhte Delinquenz mit entsprechenden Risiken zu vermehrter Gewalttätigkeit, Suchterkrankungen infolge zunehmender Perspektivlosigkeit oder Chronifizierung vorhandener Leiden.

Die negativen Auswirkungen der geschilderten Extremsituationen zeigen, dass es nicht darum gehen kann, einen dieser beiden Pole anzustreben. Vielmehr muss darauf hingearbeitet werden, einen optimalen Zustand zwischen diesen Extremen zu erreichen. Aus ökonomischer Sicht lässt sich dieser Punkt mittels Grenzwertanalyse berechnen: Das Optimum wird dann erreicht, wenn die Grenzkosten dem Grenzertrag entsprechen.

Minimale Betreuung: Das EPZ als Schalter für Asyl Suchende

Bei diesem unteren Extrem handelt es sich um eine theoretische Grösse. Folgende Rahmenbedingungen liegen ihr zu Grunde: Die Institution erbringt keine oder nur eine rudimentäre therapeutische Leistung und deckt lediglich den administrativen Bedarf der Klientinnen und Klienten ab. Bereits bei geringen Problemen erfolgt eine Einweisung in eine Klinik oder die Inanspruchnahme der ambulanten Dienste einer psychiatrischen Einrichtung. Ebenso entfällt die zeitaufwändige Suche nach einem geeigneten Folgeprojekt nach einem Klinikaustritt. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil jener EPZ-KlientInnen, welche unter diesen Umständen dauernd oder anlässlich sich aneinanderreihender kürzerer Aufenthalte in einer Klinik wären, stark zunimmt. Den Anteil der unter Minimalbedingungen generierten Kliniktage an der Gesamtheit aller Betreuungstage schätzen wir auf sieben bis zehn Prozent. Diese Zahl lässt sich unter keinen Umständen auf die

Gesamtheit aller Asyl Suchenden hoch rechnen, da im EPZ ja eine Gruppe spezifischer Menschen betreut wird. Die Schätzung beruht auf dem Vergleich zweier Perioden.

1. April bis 30. September 1999		1. April bis 30. September 2002	
Anzahl Einweisungen	Ø Aufenthaltsdauer (in Tagen)	Anzahl Einweisungen	Ø Aufenthaltsdauer (in Tagen)
16	43	4	11

Tabelle 6.7

In der ersten Periode, den beiden mittleren Quartalen 1999, arbeitete das EPZ mit weniger Stellenprozenten und zudem hatte ein Teil der Angestellten noch keine oder nur sehr geringe Berufserfahrungen. Im Vergleich dazu arbeitete das geringfügig verstärkte Team während der zweiten Periode, den mittleren Quartalen 2002, mit einem etwas niedrigeren Stellenschlüssel. Das Personal war gut qualifiziert und verfügte über lange Berufserfahrungen. – Es fällt auf, dass es gelungen ist, die Anzahl Klinikeinweisungen um den Faktor vier und die durchschnittliche Dauer der Klinikaufenthalte beinahe ebenfalls um denselben Faktor zu vermindern. Würde die therapeutische Arbeit, welche durchaus auch während der ersten Untersuchungsperiode geleistet wurde, auf ein absolutes Minimum reduziert und zudem die Anzahl zu betreuender KlientInnen pro MitarbeiterIn erhöht, so ist anzunehmen, dass der Anteil generierter Kliniktage an der Gesamtheit aller Betreuungstage weiter anstiege. Schätzungen gehen von einem moderaten Wert von sieben Prozent und einem hohen Wert von zehn Prozent aus. Konkret hiesse dies, dass sich im günstigen Fall zwischen sechs und sieben der ca. 90 EPZ-KlientInnen permanent oder alternierend mit neu Eintretenden in einer Klinik befänden; bei der höheren Schätzung sind es ca. neun Personen.

Beizufügen wäre noch, dass ein solches Betreuungskonzept in der Praxis wohl schnell an seine Grenzen stossen würde. Unterschätzt wird z.B. die Erfahrung, welche es für das Herausfinden des richtigen Zeitpunkts einer Klinikeinweisung braucht. Wegen fehlender Krankheitseinsicht kann des Weiteren nur in Ausnahmefällen mit einem freiwilligen Eintritt gerechnet werden. Es braucht oft längere Gespräche im Vorfeld einer Einweisung, damit eine heilende Wirkung eines Klinikaufenthalts erzielt werden kann. Entfallen diese Gespräche, wird eine Einweisung meist als Zwangsmassnahme verstanden und hat eine aufwändige Überzeugungsarbeit zur Folge („faute de mieux“ nun in der teureren Klinik).

Maximale Betreuung: Das EPZ als Institution, ähnlich einer psychiatrischen Klinik

Beim zweiten Extrem handelt es sich ebenfalls um eine theoretische Grösse, welche allerdings mit handfesten ökonomischen Daten untermauert werden kann. Es wird davon ausgegangen, dass ein Zustand erreicht werden soll, in welchem keine Klinikeinweisungen erfolgen, weil im EPZ für einen Teil der KlientInnen klinikähnliche Strukturen angeboten werden. Bei der Berechnung des oberen Extremwerts wird davon ausgegangen, dass das bestehende Team des EPZ mit zwei PsychiaterInnen ergänzt wird, die Präsenzzeiten auf Nächte und Wochenenden ausgedehnt werden und die leitenden und administrativen Ressourcen verstärkt werden. Überprüft wurde das Resultat anhand von Zahlen aus den Kenndaten 2000 über die psychiatrische Versorgung im Kanton Zürich. Als Referenz dienten Kliniken des unteren Preissegments. Relativierend lässt sich anmerken, dass sich die Kosten einer grossen Klinik nicht linear auf eine Kleinstklinik für sehr wenige Patienten herunterrechnen lassen. Gedanklich liesse sich dieses Modell eher fassen, indem man sich vorstellt, die Asylstrukturen würden eine Abteilung einer bestehenden Klinik mieten, um so den Bedarf an Therapieplätzen für akut gefährdete Asyl Suchende zu decken.

Die Realität zwischen den Extremen: Das EPZ in den Jahren 2000 bis 2002

Die drei Jahre 2000 bis 2002 sind insofern interessant, als in dieser Zeit mit gleichem Konzept jedoch unterschiedlichem Stellenschlüssel gearbeitet wurde. Wegen den bereits geschilderten starken Abweichungen in den beiden mittleren Quartalen wurde das Jahr 1999 ausgeschlossen. Zeigen lässt sich eine deutliche Abnahme der Anzahl und Dauer der Klinikeinweisungen, obwohl das Team des EPZ nur um jährlich eine halbe Stelle erweitert wurde. Zu ergänzen wäre sicher, dass auch eine abnehmende Personalfuktuation zu diesem guten Resultat beigetragen hat.

Wird eine Korrelation zwischen zwei Zahlenreihen beobachtet, so kann aus wissenschaftlicher Sicht noch nicht auf eine Kausalität zwischen den beiden Bezugsgrössen geschlossen werden. Dass ein Zusammenhang zwischen besserer und insbesondere auch fachgerechter Betreuung ausserhalb der Klinik und Anzahl nicht generierter (eingesparter) Kliniktage besteht, erscheint jedoch plausibel. Benennen liesse sich dieser Zusammenhang folgendermassen: Sollen in einer niedrig strukturierten Einrichtung, welche eine Gruppe psychisch erkrankter Menschen betreut, unnötige oder stets sich wiederholende Klinikeinweisungen verhindert werden und die Dauer der Klinikaufenthalte auf ein sinnvolles Mass beschränkt werden, so muss diese Einrichtung mit genügend und vor allem auch fachlich gut qualifiziertem Personal ausgestattet werden. – Da somit von einer Richtung in der Abhängigkeit

ausgegangen werden kann, sind hinreichende Voraussetzungen für die Ermittlung einer Kostenfunktion mittels Regressionsanalyse gegeben. Folgende Grafiken zeigen die beiden aufgrund EPZ-externer Daten hergeleiteten Extremwerte und die an Hand tatsächlich erzielter Kosten und generierter Klinikaufenthalte ermittelten Werte der Jahre 2000 bis 2002. Auf der Abszisse ist die Einsparung an Kliniktagen in tausend Stück eingetragen, auf der Ordinate die jährlichen Gesamtkosten (exkl. Gesundheitskosten) in Mio. CHF.

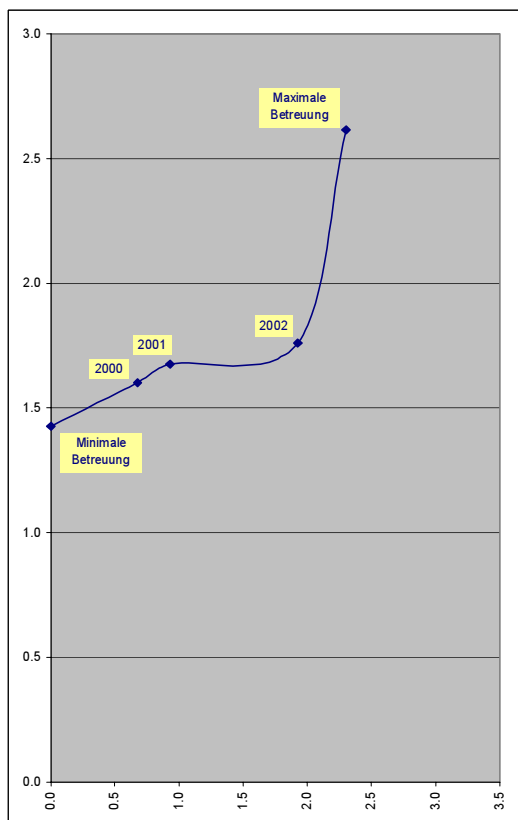


Tabelle 6.8: Kosten in Abhängigkeit der Anzahl eingesparter Kliniktage bei einer Grundannahme von maximal 7% Kliniktagen.

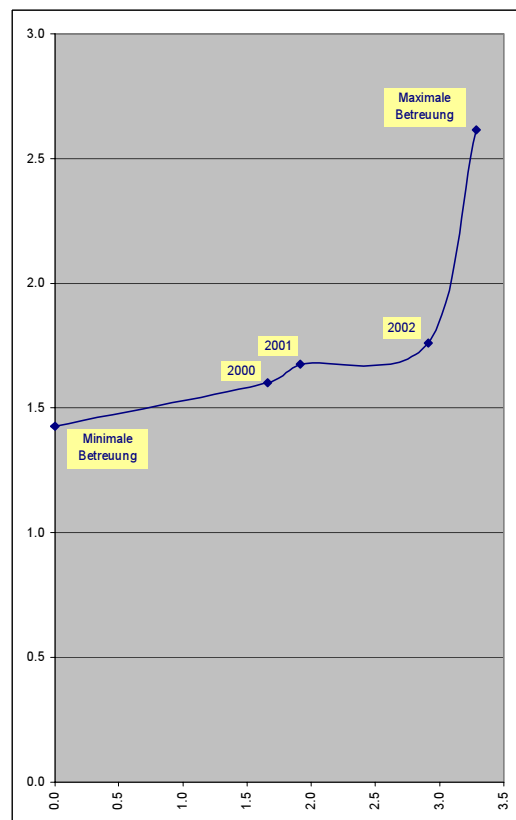


Tabelle 6.9: Kosten in Abhängigkeit der Anzahl eingesparter Kliniktage bei einer Grundannahme von maximal 10% Kliniktagen.

Die erzielten Resultate der Jahre 2000 bis 2002 zeigen, dass tatsächlich eine Abhängigkeit zwischen Stellenschlüssel und der Anzahl eingesparter Kliniktage besteht, dass zudem die Reagibilität bei hohem Stellenschlüssel (im linken Teil der Grafik) sehr viel ausgeprägter ist als in einer Situation, in der nur sehr wenig KlientInnen einer FachbetreuerIn zugeteilt sind. Dies hängt wohl damit zusammen, dass es durchaus ein sinnvolles Mass an Klinik-einweisungen gibt, welches zu unterschreiten nur mittels stark erhöhtem Personalbestand zu bewerkstelligen wäre. Die unterschiedliche Reagibilität zeigt sich in einer ausgeprägten Krümmung der beiden Linien. Diese Krümmung weist darauf hin, dass es nicht sinnvoll ist eine Gerade an den Punktschwarm anzupassen, sondern mit einer Parabel zweiten Grades ein besseres Bestimmtheitsmass erreicht wird.

Folgende Grafiken zeigen die mit der Kleinstquadratmethode angepassten Parabeln an die beiden Punktschwärme und die Kurve der variablen Erträge.

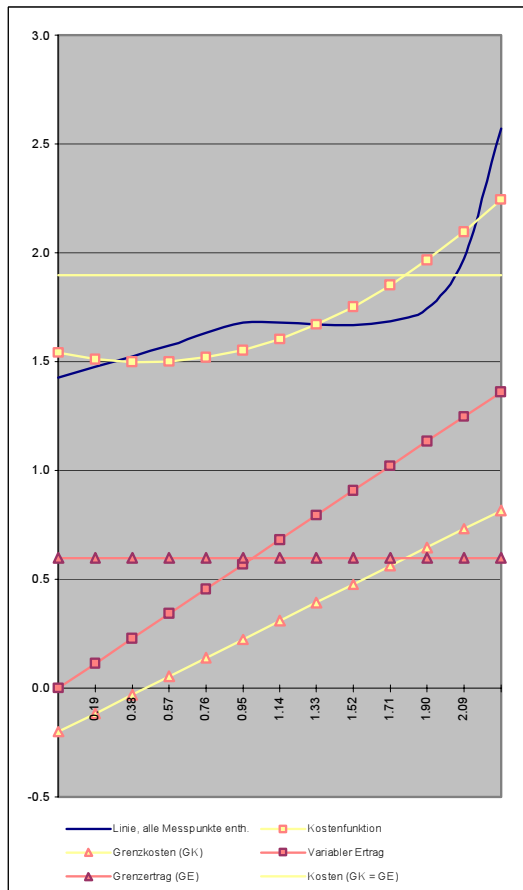


Tabelle 6.10: Herleitung einer Kosten- und einer Ertragsfunktion (variable Erträge) bei einer Grundannahme von maximal 7% Kliniktagen.

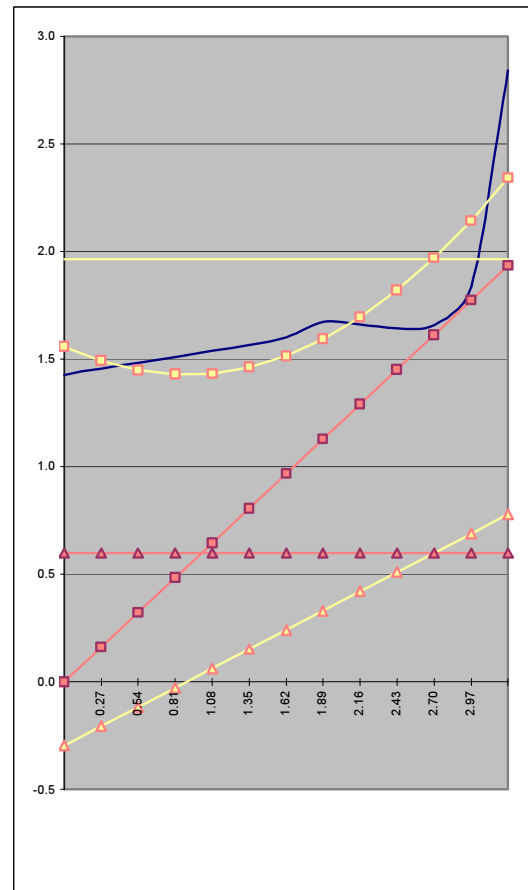


Tabelle 6.11: Herleitung einer Kosten- und einer Ertragsfunktion (variable Erträge) bei einer Grundannahme von maximal 10% Kliniktagen.

Die beiden Regressionsgleichungen für die 7- resp. 10%-Grundannahme lauten:

$$K_{7\%} = 1.54 - 0.20 Kt + 0.22 Kt^2$$

$$K_{10\%} = 1.56 - 0.30 Kt + 0.17 Kt^2$$

Wobei K den Kosten in Mio. CHF entspricht, Kt sind tausend eingesparte Kliniktage.

Die ersten Ableitungen dieser Gleichungen ergeben die Funktionsgleichungen für die Grenzkosten:

$$dK_{7\%} = -0.20 + 0.45 Kt$$

$$dK_{10\%} = -0.30 + 0.33 Kt$$

Die Koeffizienten der Gleichungen für die variablen Erträge lauten für beide Grundannahmen gleich:

$$vE_{7\%} = 0.60 K_t$$

$$vE_{10\%} = 0.60 K_t$$

Wobei vE den variablen Erträgen in Mio. CHF entspricht.

Für beide Grundannahmen ergeben sich somit gleichlautende Funktionsgleichungen für die Grenzerträge:

$$dE_{7\%} = 0.60$$

$$dE_{10\%} = 0.60$$

Identität von Grenzkosten und Grenzertrag wird erreicht bei:

$$K_t = 1.79$$

$$K_t = 2.69$$

Woraus sich mit obigen Kostenfunktionen folgende Optimas berechnen lassen:

$$K_{7\% \text{ opt}} = 1.90$$

$$K_{10\% \text{ opt}} = 1.96$$

Die Bandbreite für einen optimalen Stellenschlüssel liegt somit zwischen 17 (10%-Grundannahme) bis 19 (7%-Grundannahme) KlientInnen pro FachbetreuerIn mit einem 100%-Pensum.

6.2 Statistische Daten und Kommentare

6.2.1 Angebot und Nachfrage (Vergleich Neuaufnahmen zu Anfragen für Übernahmen)

Nachfolgende Tabellen fassen Auswertungen zusammen, welche im Februar 2003 im EPZ erfasst wurden. (Beobachtungszeitraum: vom 1.1. bis 31.12.2002; Umfang: alle Klientinnen und Klienten, welche im Jahr 2002 im EPZ betreut wurden; Stichdatum: 30.9.2002, bei Austritt vor resp. Eintritt nach dem 30.9.2002 gilt das Austritts- resp. Eintrittsdatum.)

Belegung

	Geschlecht				Total
	♂	♀	Einzelpers.	In Familie	
Ø am Ende der Quartale 2002	50	38	40	48	88

Tabelle 6.12

Interessant ist die Parallele zwischen genderspezifischer Verteilung der Gesamtpopulation aller Asyl Suchenden in der Schweiz und der KlientInnen des EPZ (vgl. Kapitel 5.7.2). Der Anteil betreuter Familien ist signifikant höher, und zwar rund ein Drittel als im gesamten Asylwesen der Stadt Zürich (vgl. Asylstatistik BFF 2002 und Monatsstatistik September 2002 der Asyl-Organisation Zürich). Prozentual beträgt die Belegung ca. 90%.

Fluktuation

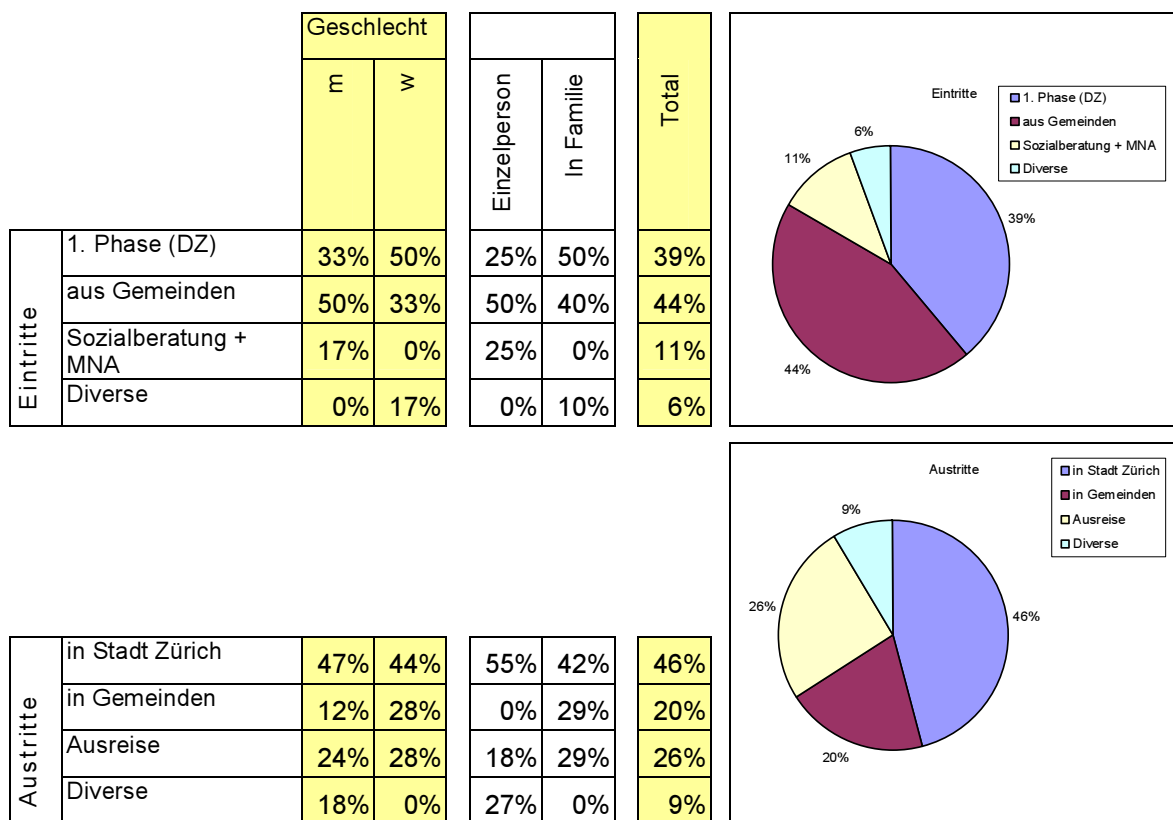


Tabelle 6.13: Herkunft und Ziel der Ein- und Austritte im Jahr 2002. Die durchschnittliche Fluktuationsrate beträgt ca. 30 Personen jährlich.

Anteilmässig treten ungefähr gleichviel aus Gemeinden (2. Phase) und aus Durchgangszentren (1. Phase) ein. Die Eintritte aus Durchgangszentren entlasten zudem die Transfers in die Gemeinden.

Austritte erfolgen zum grossen Teil in die Stadt Zürich, meist auf Grund grösserer Selbstständigkeit. Ein Fünftel wechselt in Gemeinden des Kantons Zürich, etwas mehr als ein Viertel reist zurück. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt drei Jahre.

Rechtlicher Status

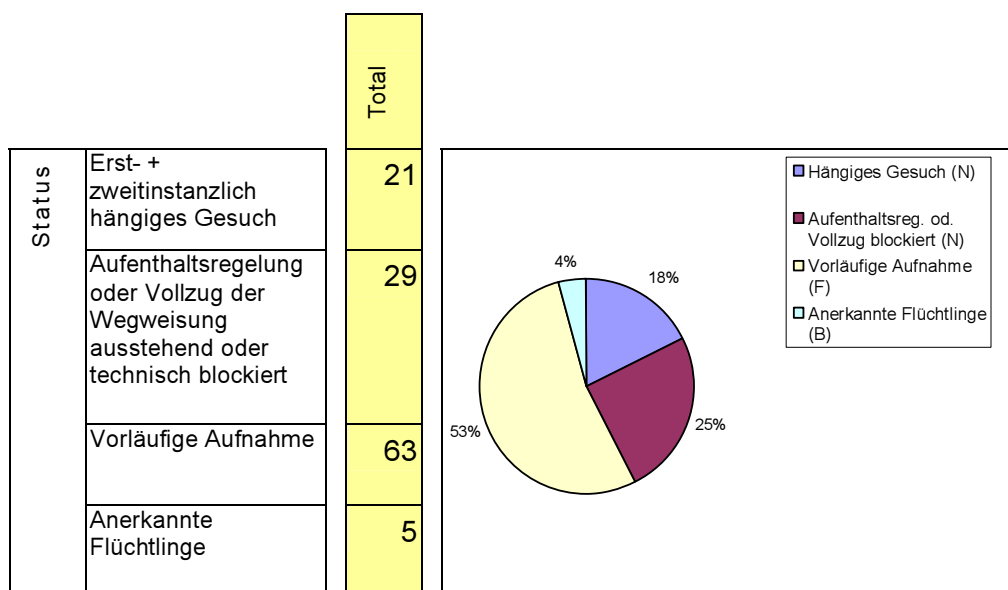


Tabelle 6.14: Rechtlicher Status der KlientInnen am 30.9.2002. Anzahl Personen 118; eine Person ohne Aufenthaltsregelung.

Der Anteil KlientInnen mit einer Bewilligung F ist sehr hoch. Es handelt sich somit vorwiegend um MigrantInnen mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive, aber längerer Aufenthaltsdauer (vgl. KAMM et. al., 2003).

6.2.2 Psychische, somatische und soziale Erscheinungsbilder

	Geschlecht		Alter							Total
	m	w	-12	13-18	19-30	31-40	41-	Einzelpers.	In Familie	
Schwere familiäre Konflikte (z.B. Missbrauch, Gewalt in der Familie)	26	32	19	11	6	16	6	5	53	58
Depression	25	18	1	-	13	19	10	29	14	43
Primäre und sekundäre Trauma-Störung auf Grund von Krieg, Folter, Vergewaltigung, anderer Gewalterfahrung oder sequentieller Traumatisierung in der Schweiz	20	15	1	5	8	15	6	23	12	35
Suizidalität	14	10	-	-	8	11	5	17	7	24
Schwere psychische Krankheit (z.B. Schizophrenie, wiederholte psychotische Episoden)	16	6	-	-	7	11	4	19	3	22
Somatische Erkrankung	10	12	3	-	3	9	7	8	14	22
Psychosomatische Störungen und Krankheiten	7	9	2	-	5	5	4	6	10	16
Suchtprobleme	13	2	-	1	7	3	4	12	3	15
Schwere Persönlichkeitsstörung (z.B. paranoide Verarbeitung des aktuellen Geschehens, Borderline-Persönlichkeit)	10	4	-	-	4	6	4	8	6	14
Entwicklungsstörungen	4	6	6	4	-	-	-	-	10	10
Verwahrlosung	7	2	1	1	3	4	-	6	3	9
Schulschwierigkeiten	4	5	7	2	-	-	-	-	9	9
Gewalttätigkeit	6	1	-	2	1	3	1	3	4	7
Schwache kognitive Fähigkeiten	2	3	1	1	-	-	3	2	3	5
Total Nennungen	164	125	41	27	65	102	54	138	151	289
Anzahl Personen	68	51	24	13	26	36	20	53	66	119

Tabelle 6.15: Psychische, somatische und soziale Erscheinungsbilder bei Asyl Suchenden, welche im Jahr 2002 durch das EPZ betreut wurden, geordnet nach Häufigkeit der Nennungen. Mehrfachnennungen sind möglich.

Entsprechend dem hohen Anteil an Familien stehen an erster Stelle der Erscheinungsbilder schwere familiäre Konflikte (vgl. separate Auswertungen der erwachsenen KlientInnen, Kapitel 5.7.2, Tabelle 5.3; resp. Kinder und Jugendliche, Kapitel 5.8.5, Tabelle 5.6). Die polivalente Problematik zeigt sich in der Häufigkeit von Mehrfachnennungen (ca. drei Nennungen pro Person). Eine länderspezifische Auswertung ergab, dass es weder eine kulturelle noch eine nationale Zuordnung der Erscheinungsbilder gibt.

Die Erscheinungsbilder setzen sich zusammen aus Selbsteinschätzungen einerseits und psychiatrischen und ethnopsychologischen Fremdeinschätzungen andererseits.

6.2.3 Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung

	Geschlecht		Alter					Arbeits- verbot		Total
	m	w	-12	13-18	19-30	31-40	41-	Ja	Nein	
Erwerbstätigkeit	7	4	-	-	4	3	4	-	11	11
Vollzeit Haus- und Familienarbeit	1	11	-	-	3	8	1	1	11	12
Ausbildung (Schule, Lehre)	12	18	21	8	1	-	-	-	30	30
Arbeitslosigkeit	5	2	-	-	2	3	2	-	7	7
Tätigkeit an geschütztem Arbeitsplatz	4	1	-	-	1	3	1	-	5	5
Tätigkeit in Beschäftigungsprogramm	12	3	-	1	6	6	2	5	10	15
Keine Beschäftigung resp. Ausbildung	27	12	3	4	9	13	10	11	28	39
Total	68	51	24	13	26	36	20	17	102	119

Tabelle 6.16: Anzahl KlientInnen am Stichtag.

Der Anteil KlientInnen ohne Beschäftigung resp. Ausbildung ist mit rund einem Drittel sehr hoch. In der Altersgruppe über 40 steigt der Anteil auf 50%.

6.2.4 Nutzung der Hilfsangebote

Status der Angebotsnutzung

	Geschlecht				Total
	m	w	Einzelpers.	In Familie	
Als Begleitpersonen im EPZ	2	2	2	2	4
Betreuung nur im EPZ (weniger als einmal monatlich beim Arzt resp. Psychiater)	28	27	14	41	55
Betreuung im EPZ und intensive somatisch medizinische Behandlung	10	6	5	11	16
Betreuung im EPZ und psychiatrische oder externe psychotherapeutische Behandlung	23	8	24	7	31
Betreuung im EPZ und psychiatrische oder externe psychotherapeutische und intensive somatisch medizinische Behandlung	5	8	8	5	13
Total	68	51	53	66	119

Tabelle 6.17: Anzahl Klientinnen am Stichtag.

Trotz polyvalenter Erscheinungsbilder (auch schwerer psychiatrischer Erkrankungen) beansprucht nur die Hälfte der KlientInnen ärztliche und psychiatrische Hilfe zusätzlich zum Betreuungsangebot des EPZ. Fehlende Krankheitseinsicht ist die Hauptursache für diese unzureichende Inanspruchnahme medizinischer Leistung. – Genderspezifische Auswertung: vgl. Kapitel 5.7.2 Tabelle 5.4.

Klinikeinweisungen

	Geschlecht		Eintritt		Total
	M	F	freiwillig	nach fürsorglichem Freiheitsentzug (FFE)	
Anzahl	10	3	13	0	13
Ø-Dauer (in Tagen)	12	45.7	19.9	0.0	19.9

Tabelle 6.18: Klinikeintritte vom 1.1.2002 bis 31.12.2002

Männer treten häufiger in eine Klinik ein, brechen den Aufenthalt jedoch durchschnittlich vor Beendigung der zweiten Woche ab. Die Anzahl generierter Kliniktage ist für Männer und Frauen ungefähr gleich hoch; anteilmässig ist er für Klientinnen höher.

7 Qualitative Resultate und Analysen: Fallverläufe

7.1 Verlaufsstudie Frau G.

Abstract

Die Verlaufsstudie handelt von Frau G., einer 26-jährigen Ostafrikanerin, die seit mehreren Jahren als Asyl Suchende mit vorläufiger Aufnahme (Status F) in der Schweiz lebt. Frau G. wurde schon sehr früh nach der Ankunft in der Schweiz auffällig. Insbesondere fiel sie durch aggressives Verhalten auf, welches vornehmlich unter Alkoholeinfluss auftrat. Dies führte zu vielfältigen Konflikten in der Öffentlichkeit. – Im Laufe der Zeit verschlechterte sich ihr Gesundheitszustand, sodass sie sich schliesslich in psychiatrische Behandlung begeben musste.

Die Verlaufsstudie zeigt, wie eine vorerst sozial auffällige asylsuchende Frau erst nach mehreren Jahren über ihre schweren Kriegstraumatisierungen und über vorangegangene und nachfolgende Gewalterfahrungen sprechen konnte. Dies wurde durch eine niederschwellige therapeutische Betreuung im EPZ über einen längeren Zeitraum hinweg ermöglicht. Ihre Inszenierungen und Erzählungen konnten in einen Zusammenhang gestellt werden, was den zerstörenden und fragmentierten Lebensäusserungen einen minimalen psychischen Halt entgegensetzte; zeitweise wirkte dieser auch sozial integrierend. Damit konnte der Ausbruch einer schweren Psychose hinausgeschoben, nicht aber vermieden werden. Ebenso konnten die psychotischen Episoden wesentlich besser aufgefangen, unnötige Retraumatisierungen ein Stück weit vermieden und die Effektivität der psychiatrischen Massnahmen auch in Form einer Nachbetreuung verbessert werden.

7.1.1 Fallbeschreibung

Frau G. wurde im EPZ aufgenommen und fiel von Anfang an durch starke Wechsel zwischen realitätsgerechter Wahrnehmung und Wahrnehmungsstörungen (verbunden mit akuten Überwältigungsängsten) auf. Dies äusserte sich während ihrer nächtlichen Ausgänge, bei denen Frau G. Alkohol trank und in ihrem Verhalten ziemlich unberechenbar wurde. Die Folge waren Konflikte mit den jeweils anwesenden Personen, die sie kennen gelernt hatte, aber auch Konflikte mit den MitbewohnerInnen im EPZ, wo sie nächtens lärmend nach Hause kam.

Nach Monaten war ein Wohnen im EPZ nicht mehr vorstellbar, wenngleich eine Weiterbetreuung für notwendig und sinnvoll erachtet wurde und bis heute vom EPZ auch übernommen wird. Frau G. suchte eine eigene Wohnung und zog schliesslich mit einem Freund zusammen. Frau G. nutzte wie gesagt die EPZ-Betreuung jedoch weiterhin, wodurch sich ihr Zustand auch immer wieder stabilisierte. Sie suchte den Fachmitarbeiter regelmässig auf und konnte mit ihm Gespräche über ihre Schwierigkeiten führen. Es schien, als wäre es möglich, einen stabilen Kontakt zu ihr herzustellen. In den Gesprächen schien Frau G. zumeist ihre Schwierigkeiten zu verstehen und versprach auch Veränderungen. Diese Versprechungen wurden jedoch in der Regel nicht eingehalten. Frau G. hatte dann wieder Alkoholprobleme und tauchte mehrere Tage nicht auf. Erst infolge sozialer Konflikte und Auseinandersetzungen kam sie wieder ins Büro.

Das Zusammenwohnen mit dem Freund gestaltete sich zunehmend schwieriger, und Frau G. litt vermehrt unter Ängsten, dass der Freund ihr etwas antun würde. Ein weiteres Zusammenleben war so nicht mehr möglich. Der Versuch mit einem privaten Zimmerbezug scheiterte. Frau G. war schliesslich bereit, in eine psychiatrische Klinik einzutreten, da auch die psychischen Symptome – Verfolgungsängste, wahnhaftige Erscheinungen etc. – zunahmen.

Nach dem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik war eine hoch strukturierte, betreute Einrichtung mit Tag- und Nachtpräsenz ärztlich indiziert, die Frau G. über einen langen Zeitraum nutzen konnte. Frau G. hatte bald den Eindruck, wieder gesund zu sein und nahm keine medizinisch-psychiatrische Hilfe mehr an. Ihr Zustand verschlechterte sich daraufhin, und sie musste sich zeitweise wieder stationär in Behandlung begeben. Sie litt stark unter Verfolgungsängsten, hatte den Eindruck, sich im Krieg zu befinden und traute sich immer weniger, die betreute Einrichtung zu verlassen. Während dieser Zeit häuften sich die Termine bei Ihrem Fachbetreuer oder dessen Stellvertreter. Gleichzeitig nahmen die Konflikte in der betreuten Einrichtung, in der sie untergebracht war, zu. Schliesslich musste Frau G. die Einrichtung wieder verlassen und aufgrund ihrer wieder auftretenden Symptomatik in die psychiatrische Klinik eintreten. – Doch auch dort wollte sie freiwillig nicht länger bleiben. „Die Medikamente machen mich krank, es ist besser für mich, wenn ich mit Ihnen reden kann“, sagte Frau G. bei einem ihrer Besuche im EPZ.. Doch leider reichen die Gespräche allein nicht aus. Die Frage der geeigneten Unterbringung ist weiterhin offen.

7.1.2 Verlauf in Bezug auf die Symptome, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit; Einsicht in die eigene Problematik

Wie ersichtlich, ist der Krankheitsverlauf von Frau G. als besonders schwer anzusehen. Nach anfänglicher sozialer Auffälligkeit und Problemen im sozialen Feld, wurde nach und nach die gesamte Problematik von Frau G. sichtbar. Aufgrund der fortwährenden Brüche in der Biographie, aber auch der laufenden Wiederholungen von schrecklichen Erinnerungen der Vergangenheit, trat die schwere Symptomatik nach und nach immer stärker zu Tage. Die Symptome sind zu beschreiben als Verfolgungsängste, als wahnhaftes Wahrnehmen bis hin zu Vorstellungen, dass die Welt und somit auch sie selbst von fremden Mächten kontrolliert sei. Dass diese Symptomatik auch auf viele andere Felder Einfluss hat, ist gut nachvollziehbar.

Vor allem im Arbeitsbereich waren die Brüche sehr schmerzhaft. Symbolisch steht die Arbeitsfähigkeit und die Arbeit an sich für Frau G. dafür, ein normales Leben zu führen. Wiederholt äusserte sie den Wunsch nach einem ganz normalen Leben.

Doch statt des normalen, gegenwartsbezogenen Lebens tritt immer wieder die Vergangenheit an die Stelle der Gegenwart. Als Kind hatte Frau G. in ihrem Heimatland schwere Kriegstraumatisierungen erlitten, und als Jugendliche war sie vergewaltigt und dabei auch schwer verletzt worden. Hinzu kommt, dass sie mit ihrer Beschneidung als Mädchen schmerzhaft Erfahrungen gemacht hatte.

Die Brüche im Arbeitsfeld waren gekennzeichnet durch ein immer rascheres Auftreten der Symptome. Das heißt, dass die Arbeitsspannen von Arbeitsbeginn bis zur Beendigung der Arbeit kürzer wurden. Schliesslich verlor Frau G. schon während der Probezeit ihre Arbeitsstelle. Ursache der Probleme in der Arbeit war nicht ihre Arbeitsleistung, sondern die stärker werdenden Symptome unter der hohen Belastung einer 100% Arbeitsstelle als Zimmermädchen. So litt sie dann zunehmend an Verfolgungsängsten. Gleichzeitig wurde eine Betreuung durch das EPZ unmöglich, da Frau G. aufgrund ihrer Arbeit keine Zeit mehr hatte, den Betreuer aufzusuchen. Als „Gegenmittel“ oder „Selbstmedikation“ gegen die auftretenden Ängste trank Frau G. Alkohol und versuchte auf diese Weise, ihre Ängste zu reduzieren. Die Folgen waren in der Regel ein starker Kontrollverlust und die Verstärkung der Symptome, wobei zu Anfang die Ängste gemildert wurden. Frau G. konnte sich an die Konflikte, die sie in diesen Zuständen hatte, nur bruchstückhaft erinnern.

Neben den Arbeitsproblemen, die regelmässig zu Klinikeinweisungen führten, waren auch Beziehungsprobleme der Anlass für eine medizinisch-psychiatrische Behandlung. Gerade in der einzig länger andauernden Beziehung zu einem etwas älteren Mann tauchten akute

Ängste auf, die zu einer Auflösung der Beziehung führten. Frau G. selber erlebte ihre Beziehungen meist als unangenehm und schmerzhaft.

Bei ihren Aufenthalten in der psychiatrischen Klinik wiederholten sich die gewaltsamen Szenen und so erlebte sie auch dort, wenn sie Ausgang hatte, Alkoholabstürze. Trotzdem war die Psychiatrie über mehrere Monate hinweg ein Ort, den sie immer wieder aufsuchte.

Der kontinuierliche Ort der Sicherheit war über die gesamte Zeit jedoch das EPZ. Hier konnten Gespräche geführt werden, und Frau G. konnte Teile ihrer Geschichte wieder erinnern. Auch die Symptomatik von Frau G. war hier vergleichsweise gemildert. Sie suchte den Ort des EPZ wöchentlich auf. Auf zwei Ebenen konnte sie hier Beruhigung und Sicherheit finden. Einerseits auf der Ebene der Gespräche, die sowohl im Zweier-Setting stattfanden als auch im Beisein von einem/er zweiten Betreuer/in des EPZ. Andererseits konnte Frau G. den Ort positiv besetzen und im EPZ eine „Zufluchtsstätte“ oder auch einen „Übergangsraum“ finden, der sie in ihrer schwierigen Situation, sowohl was ihre Geschichte betraf, als auch die Schwierigkeit ihres Aufenthaltsstatus (Status F), begleitete (siehe auch KIENER et.al., 2003).

Der Aufenthaltsstatus (Status F) war für Frau G. wiederholt ein Symbol, dass sie in der Schweiz eigentlich ungewollt sei. Dies war für sie besonders schwerwiegend, da sie auch ihren Herkunftsort verloren hatte. Wie Frau G. erzählte, wurde in Folge des sexuellen Missbrauchs die Ausreise seitens ihrer Familie organisiert. Vermutlich dürfte die Beschämung der Familie durch den sexuellen Missbrauch von Frau G. ein Grund für die organisierte Ausreise sein. So ist eine Rückkehr für sie auch nicht denkbar.

Die Zusammenarbeit und Koordination zwischen der psychiatrischen Klinik und dem EPZ ist in diesem Fall sehr bedeutsam, da dadurch ein Wissen über die komplexe Problematik an die Psychiatrie weitervermittelt werden kann und so ein gemeinsames Wissen entsteht. Dieses Wissen dient auch dazu, in gemeinsamen Gesprächen mit Frau G., den behandelnden ÄrztInnen und dem EPZ-Team Vorstellungen und Perspektiven zu entwickeln.

7.1.3 *Der ethnopsychologische Ansatz im Fallverlauf*

Das EPZ wurde für Frau G., wie oben gezeigt, zu einem besonderen Ort. Dies gelang durch das zur Verfügungstellen nicht nur einzelner Personen, sondern einer Gruppe. Frau G. konnte sich auf diese Weise auf einer unbewussten Ebene gewiss sein, dass sie Teil des Bewusstseins der Gruppe war, und in der Gruppe in Form von gemeinsamen Gesprächen,

Interventionen und Supervisionen repräsentiert war. Dadurch wurde dieser Ort ein Ort der Sicherheit und des Vertrauens, an dem ihre Symptome nur gemildert auftraten und nicht die beängstigende Wirkung entfalteten.

Als besonders bedeutsam kann hier auch das niederschwellige Setting der Einrichtung benannt werden.

So treten etwa die wahnhaften Bilder, Wahrnehmungen von Krieg, verbranntem Fleisch etc. bei Frau G. unvermittelt auf. Durch den niederschweligen Ansatz kann sie in einer solchen Situation rasch „Schutz“ suchen: Ohne Voranmeldung kann sie sich bei der Einrichtung in „Sicherheit“ bringen und durch die Fachperson in ihren Ängsten beruhigt werden. Diese Form der Zugänglichkeit spielt für Frau G. eine wichtige Rolle. So besteht für sie die Möglichkeit, ihre Geschichte (ihre Kriegserlebnisse als Kind) zu aktualisieren, und gleichzeitig kann sie diese auch neu schreiben. Sie muss nicht ungeschützt auf der Strasse bleiben, sondern kann sich in Sicherheit bringen. Eine Erfahrung, die sie in ihrem Heimatland nicht gemacht hat. Dort war sie den Kriegshandlungen ausgesetzt und erhielt keine Hilfe, als ihre Schwester, mit der sie alleine unterwegs war, von einem Projektil verletzt wurde. Vielmehr musste sie die kleine Schwester auch noch schützen, obwohl sie selber noch ein Kind war. Diese Ohnmacht und Hilflosigkeit begleiten Frau G. heute noch.

Was die emische Perspektive betrifft, so kann diese als sehr bedeutsam im Verständnis und Zugang zu Frau G. gesehen werden. Der ganzheitliche Ansatz und der kontextbezogene Zugang ermöglichen erst das umfassende Verständnis von Frau G. Unter Berücksichtigung der geschichtlichen Erfahrungen von Frau G. werden die Ängste und wahnhaften Vorstellungen verstehbar. Diese zu pathologisieren, d.h. sie ausschliesslich auf einer medizinisch-psychiatrischen Ebene zu diagnostizieren, hiesse auch einen Aspekt ihrer Geschichte, ihrer Lebenszusammenhänge auszublenden. So sind die Sinneswahrnehmungen von verbranntem Fleisch, von brennenden Häusern, von ratternden Maschinengewehren oder Bombeneinschlägen eben auch Teil ihrer tatsächlich erlebten und noch immer lebendigen Geschichte. Die anteilnehmende Haltung gibt Frau G. die Gewissheit, in ihrer eigenen Geschichte ernst genommen zu werden.

Aber auch die Nöte des Asyls, die Nichtanerkennung ihres Leidens in Form eines abgelehnten Asylentscheids, ihr aktueller Asylstatus als vorläufig Aufgenommene können in der Einrichtung wahrgenommen werden. Insbesondere die schwierigen Lebensumstände von Frau G., die sich durch Knappheit an finanzieller Unterstützung und durch die Erschwerisse des Lebens als Mensch schwarzer Hautfarbe auszeichnen (vgl. KIENER et al., 2003), können auf Basis eines kontextbezogenen Zugangs verstanden werden.

Der Kontakt zu Frau G. wird nicht nur über Gespräche und persönliche Begegnungen hergestellt. Rituale – wie das verfrühte Erscheinen zu Terminen, das Verweilen im Gang oder im Treppenhaus, die hinterlassenen Anrufe auf dem Anrufbeantworter – dienen als Zeichen der Verbindung zu uns. Die Telefonleitung stellt somit symbolisch eine Nabelschnur dar, welche die Verbindung zu uns herstellt und auch in der Distanz eines Klinikaufenthalts oder eines nächtlich verwirrten Umherirrens den Kontakt zu uns aufrecht erhält.

Insbesondere ist in ihrer Situation die Kontinuität der Betreuung von ausserordentlicher Bedeutung. Obwohl das EPZ ein stationäres Angebot ist, wurde Frau G. aus ersichtlichen Gründen vom EPZ im ambulanten Setting weiterbetreut. Diese „Nabelschnur“ zum Zeuge-Sein ermöglicht überhaupt erst einen Umgang mit ihrer Krankheit sowie ihrer prekären Migrationssituation.

7.1.4 *Genderspezifische Besonderheiten*

Bei diesem Fallverlauf gibt es einige genderspezifische Besonderheiten, auf die im Folgenden hingewiesen sei.

Schon die Flucht der Klientin fand unter besonderen Umständen statt. Infolge einer Vergewaltigung wurde von ihrer Familie die Flucht organisiert. Wir wissen nicht, ob die Flucht als Schutz für Frau G. oder als Vermeidung der Schande für die Familie gedacht war. Es ist wohl eine Mischung aus Beidem. Auch heute möchte die Familie keine Rückkehr der Tochter.

Doch Frau G. hat in ihrem Heimatland noch weitere Gewalterfahrungen erlitten. Wie oben erwähnt musste Frau G. unter schwierigen Umständen das Leben ihrer Schwester retten, obwohl sie selber noch ein Kind war.

Weiter zurück liegt auch die schmerzhafteste Erfahrung der Beschneidung. Frau G. leidet bis heute darunter. Schuld- und Schamgefühle sind mit der Beschneidung verknüpft. Als verletzend für Frau G. wirkt nicht nur die Beschneidung an sich, sondern die Tatsache, dass ihre Mutter die Beschneidung zuließ, obwohl sie als gelernte Krankenschwester eigentlich nicht damit einverstanden war. Wie Frau G. meint, liess sie jedoch die Beschneidung zu, um den Brauch und die Konvention nicht zu brechen.

Aus den genannten Gründen der Scham ist ein Besuch einer Gynäkologin nur äusserst selten möglich. Sexuelle Kontakte sind in der Regel mit Schmerzen verbunden.

Im Asylverfahren konnte Frau G. weder die Beschneidung noch die Vergewaltigung ansprechen. Auch die Gewalterfahrungen in der Schweiz führten zu wiederholten Traumatisierungen (sequentielle Traumatisierung, vgl. Kap. 5.6 *Trauma*). Gender violence ist in diesem Fall auch verbunden mit einem besonders hohen Erkrankungsrisiko.

7.1.5 *Prognosen*

Frau G. leidet, wie beschrieben, unter schweren psychischen Beeinträchtigungen. Vorläufig benötigt Frau G. weiterhin Unterstützung, Begleitung und auch medizinisch-psychiatrische Hilfe. Im Wohnbereich wünscht Frau G. zwar, selbständig zu leben, doch können dem nur geringe Aussichten auf ein Gelingen eingeräumt werden. Trotzdem muss es selbstverständlich ein Ziel bleiben, Frau G. eine möglichst grosse Autonomie und Unabhängigkeit zu ermöglichen.

Im Arbeitsbereich wünscht Frau G., einer normaler Arbeit nachzugehen. Bei ihrem derzeitigen Gesundheitszustand ist ein Arbeit allerdings nur im Rahmen einer geschützten Arbeitsstelle zu sehen. Dies hat mehrere Vorteile. Einerseits erhält Frau G. aufgrund ihrer Ausbildung und ihres F-Status auf dem aktuellen Arbeitsmarkt nur körperlich sehr anstrengende Tätigkeiten, wie die eines Zimmermädchens. Zudem sind diese Arbeitsstellen in der Regel 100% Stellen. Beiden Herausforderungen ist Frau G. nicht gewachsen, zumal unter den Belastungen der Arbeit auch keine angemessene Betreuung mehr möglich ist.

Im Beziehungsbereich bestehen die meisten Ungewissheiten, wenngleich das EPZ als Projekt einen sicheren und verlässlichen Ort darstellt. Beziehungen und Orientierungspunkte abseits dieses Ortes sind zwar wünschenswert, aktuell aber nicht vorhanden.

Trotzdem bleibt aufgrund des jugendlichen Alters der Klientin ein grosser Spielraum an Entwicklungsmöglichkeiten. Deutlich wird auch die Komplexität des Falls bei derart schwieriger psychischer Problematik. Eine sorgfältige Begleitung ist in jedem Fall sinnvoll und kann in vielen Situationen die Probleme abfedern, wenngleich nicht vermeiden.

7.2 Verlaufsstudie Herr T.

Abstract

Ein minderjähriger Afrikaner, Asyl Suchender mit Aufenthaltsstatus N, mit starken Beschwerden unterschiedlicher Art tritt nach verschiedenen Klinikaufenthalten und einem Suizidversuch ins EPZ ein. Nach einem Jahr, als ein „accompagnant“ (ebenfalls Asyl Suchender aus Afrika) für ihn ins EPZ mit aufgenommen worden ist und sich auch der Stellenschlüssel vergrössert hat, sowie nach regelmässigen Gruppengesprächen mit dieser Wohngruppe und der Gruppe der Fachmitarbeiter Innen dieser Wohngruppe beginnt sich die Situation des adoleszenten Klienten etwas zu stabilisieren.

7.2.1 Kurze Fallbeschreibung

Der junge Herr T. kommt aus einem westafrikanischen Bürgerkriegsland, aus einer sehr religiösen Familie. Der gebildete Vater war Muslim, die Mutter Christin. Der zum Christentum konvertierte Sohn wurde vom Vater aus der Familie verstossen und mit dem Tode bedroht. Seine Grossmutter mütterlicherseits half ihm, sich bei Freunden in einem andern Landesteil zu verstecken. Als Soldaten seinen Wohnort überfielen, gelang es ihm, sich an die Küste durchzuschlagen. Ein Schiff brachte ihn in eine europäische Hafenstadt, von wo er im Auto die Schweiz erreichte.

Als MNA (mineur non-accompagné) stellte Herr T. ein Asylgesuch in der Schweiz. Von da an wurde er in verschiedenen Institutionen für unbegleitete Minderjährige im Kanton Zürich betreut.

Gemäss Berichten klagte Herr T. stets über verschiedenste Beschwerden (ohne ärztlichen Befund) und war nicht in der Lage, minimalste Strukturen einzuhalten. Im Rahmen von Gesprächen und Konflikten kam es zu Zusammenbrüchen (mit Wein- und Schüttelkrämpfen), er übergab sich oft und fand nächtelang keinen Schlaf. Tagsüber vermochte er in depressiver Stimmung nicht aufzustehen. Als Herr T. die Nachricht vom Tode seiner Mutter erhielt, erlebte er eine schwere Depression, verbunden mit Schuldgefühlen und Suizidgedanken. Einen freiwilligen Eintritt in eine psychiatrische Klinik machte er nach kurzer Zeit rückgängig, Drogen-Konsum wurde vermutet. Die epilepsie-ähnlichen Anfälle hielten an, Herr T. unternahm einen Suizid-Versuch. Ein abgebrochener Klinikaufenthalt in einer Drogenentzugs-Station für Jugendliche folgte.

Schliesslich trat Herr T. zusammen mit einem „accompagnant“ (Begleitperson) aus Westafrika ins EPZ ein. Herr T. hatte in der Zwischenzeit die deutsche Sprache recht gut erlernt.

Erst in seinem Wiedererwägungsgesuch ans BFF berichtete Herr T. von seinen schrecklichen Erlebnissen als Kindersoldat. Die erlittene schwere und offenbar schambesetzte Traumatisierung wirft ein neues Licht auf die mannigfaltigen Beschwerden von Herrn T. (Zum Thema Kindersoldaten vgl. auch SPITZER, 2002.)

7.2.2 *Krise und personelle Dichte*

Während des ersten Jahres nach Eintritt von Herrn T. ins EPZ folgte eine Krise der andern, mit 5 Aufenthalten unterschiedlicher Dauer in 3 verschiedenen psychiatrischen Kliniken, z.T. per FFE (fürsorgerischer Freiheitsentzug). Der erste und längste Klinikaufenthalt dauerte 2 ½ Monate. Innerhalb eines Jahres musste der Notfallpsychiater oder -arzt sechs-mal für Herrn T. ins EPZ gerufen werden, da er mehrere ihm nicht erinnerbare psychogene Anfälle erlitt, während derer er nach seiner Mutter rief und z.B. aus dem Fenster springen oder den Gasherd anzünden wollte oder auf die vielbefahrene Strasse vor dem Haus rannte. Es kam zu Autoaggressionen, u.a. durch Schlagen des Kopfes an die Wand und Schnitte am Körper. Auch unternahm Herr T. einen weiteren, appellativen Suizidversuch während des ersten Klinikaufenthaltes. Diverse Ausbrüche aus den Kliniken erfolgten, wobei auch regelmässig Anfälle auftraten, ebenso anlässlich von Urlauben aus der Klinik. Die erste betreuende Fachperson im EPZ von Herrn T. beschrieb, wie er bei solchen Gelegenheiten „zeitweise wie von bösen Geistern besessen“ schien. In diesen Momenten erlebt Herr T. sich nicht mehr als Subjekt.

Er sagte, diese Anfälle habe er seit 9 oder 10 Jahren. Ein Gewährsmann berichtete, Herrn T.'s Vater habe in seinem Heimatland bereits Marabuts konsultiert, um seinen Sohn von einer Verhexung zu befreien. Herr T. hörte Stimmen in seinem Kopf und litt häufig auch unter Angstzuständen, v.a. nachts. Ärztlicherseits wurde anfänglich die Diagnose „Posttraumatisches Stress-Syndrom“ gestellt. Alkohol- und Drogenkonsum wurden von Herrn T. weiterhin geleugnet. Als er anlässlich einer Polizeikontrolle einen Beutel Kokain erbrach, wurde erneut ein Entzug ins Auge gefasst. Der Mediator von Herrn T. hatte wegen Überforderung schon zuvor das EPZ verlassen.

In dieser Zeit traten zwei westafrikanische „accompagnants“ ins EPZ ein (vgl. Kap. 5.2.6, *Das Konzept der accompagnants*), die seither mit Herrn T. und einem weiteren jungen Afrikaner die Wohnung teilen und sie im Alltag begleiten. Kurz darauf konnte im betref-

fenden Haus des EPZ auch eine dritte therapeutische Fachmitarbeiterin angestellt werden. Herr T. erhielt gleichzeitig eine neue Betreuerin. Diesen Wechsel verkraftete er gut, um so mehr als nun in Gruppensettings mit der Wohngruppe gezielt gearbeitet wurde und so ein besserer psychischer und sozialer Halt gegeben werden konnte.

Nach einem gescheiterten Entzugsversuch erlitt er nur noch einmal einen seiner krampfartigen Anfälle mit Bewusstlosigkeit. Danach war während eines Jahres kein Klinikaufenthalt mehr notwendig, und der Notfallarzt musste nicht mehr für ihn ins EPZ gerufen werden. Erst vor kurzem verbrachte er nochmals ein paar Tage in einer psychiatrischen Klinik, da er bei einer Polizeikontrolle ausser sich geraten war.

Das Ambulatorium der Psychiatrischen Universitätsklinik wurde jedoch anfänglich stark in Anspruch genommen von Herrn T. Der häufige Wechsel der dortigen ÄrztInnen machte ihm allerdings Mühe. Nach einiger Zeit verweigerte er den Kontakt zum Ambulatorium und die regelmässige Medikamenten-Einnahme. Er spricht auffallend ungern über seine Krankheit und über seine eigentlichen Probleme, vor allem, wenn er sich schlecht fühlt, und er somatisiert nach wie vor stark. Gegen Ende der Erhebungsperiode konnte für ihn ein frei arbeitender Psychiater und Psychotherapeut gefunden werden, der die häufigen Absenzen bei Terminen als Symptom der Krankheit von Herrn T. sehen kann, die er als Psychose diagnostiziert.

Herr T. kann sich seine Vergesslichkeit nur dadurch erklären, dass etwas in seinem Kopf nicht stimme („Ich weiss nicht, was ist mit meinem Kopf.“), und dass er stets mit anderem als mit der Gegenwart beschäftigt sei.

7.2.3 Veränderungen, Verläufe in Bezug auf Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit

Herr T. ist in seinem Asylverfahren mit einem Arbeitsverbot belegt. Versuche, ihn in ein Beschäftigungsprogramm oder ein Ausbildungsprogramm für Jugendliche zu integrieren, scheiterten jeweils nach kurzer Zeit, wahrscheinlich nicht zuletzt wegen Versagensangst. Infolge seines umgekehrten Tag-Nacht-Rhythmus war und ist eine Strukturierung des Tagesablaufs für ihn schwierig zu bewerkstelligen.

Herr T. zeigt im Alltag ein sehr adoleszentes Verhalten, geprägt von Ungeduld, Rebellion, geringer Frustrationstoleranz und grosser Unsicherheit bezüglich seiner selbst. Grenzen wahrzunehmen fällt ihm schwer. Abmachungen und Termine kann er immer wieder nicht einhalten. Trotz alledem ist es ihm möglich, die Beziehung und das Vertrauen zur ihn betreuenden therapeutischen Fachmitarbeiterin des EPZ aufrecht zu erhalten. Oftmals findet

die Kommunikation via scheinbar banale Alltagsangelegenheiten statt, derentwegen Herr T. Rat sucht, wie z.B. aufgeschürfte Knie, verlorene Geldbeutel oder Schlüssel etc. Dann berichtet er aber auch plötzlich von einem Albtraum oder von Ängsten, die ihn befallen, wenn er einen Bus besteigt. Es ist wichtig für ihn, selbst die Themen zu bestimmen, über die er im Moment sprechen will. – Anlässlich eines Konflikts mit seinem „accompagnant“ war Herr T. bereit zu einer von diesem arrangierten Aussprache mit je einer befreundeten Person auf beiden Seiten. Dieses Gespräch führte zu einem besseren Vertrauensverhältnis zwischen Herrn T. und dem „accompagnant“.

Die Freundschaften von Herrn T. zu Gleichaltrigen sind eher brüchig, er lässt sich leicht ausnützen. Wie alle jugendlichen Asyl Suchenden leidet er unter der Tatsache, dass ihm die äusserst knappen Geldmittel keinen altersgerechten „öffentlichen Auftritt“ ermöglichen. Beziehungen zu (meist älteren) Frauen sind kurzlebig.

Insgesamt konnte jedoch während der Erhebungsperiode in all den erwähnten Punkten eine leicht positive gesundheitliche Entwicklung beobachtet werden.

7.2.4 *Der ethnopsychologische Ansatz im Fallverlauf*

Der vom EPZ konzipierte „Übergangsraum“ ist für Herrn T. überlebenswichtig. Wesentliche Stichworte sind hier: Niederschwelligkeit, Geduld, Flexibilität und nicht zuletzt Kontinuität. In der Beziehung zu seinem „accompagnant“, die auf dem Prinzip des „grand frère“ basiert, wie auch zu den andern Mitgliedern seiner Wohn-„Gruppe“ lernt Herr T., dass Zuverlässigkeit und gegenseitiger Respekt wichtig sind. Die Begleitung durch den „accompagnant“ ist gerade für einen Spät-Adoleszenten eine spezifische Notwendigkeit. Hilfreich ist auch das „ko-therapeutische“ Gruppensetting bei den regelmässig von zwei Fachpersonen des EPZ mit der Wohngruppe geführten Gesprächen. Der Austausch der betreuenden Fachmitarbeiterin des EPZ mit „accompagnant“, externem Psychotherapeut, Ärzten, Physiotherapeutin, Anwältin, Lehrer etc. bedeutet einen besondern Aufwand. Auch die Supervision im EPZ befasste sich mit diesem Fall, gerade in Bezug auf die Adoleszenz-Problematik.

7.2.5 *Besonderheiten*

In diesem Beispiel verdeutlicht sich die stützende Wirkung des Gruppenkonzepts der „accompagnants“. Es fällt auch speziell auf, dass Herr T. seit dem Beginn des grösseren Betreuungsschlüssels im EPZ in seiner physischen wie psychischen Befindlichkeit eine

Stabilisierung erfahren hat. Diese Fallgeschichte zeigt zudem exemplarisch auf, wie die KlientInnen des EPZ zum Zeitpunkt ihres Eintrittes ins EPZ oft eine längere Odyssee durch Institutionen und Kliniken hinter sich haben. Das heisst, dass die Brüche in ihrem Leben sich nicht nur in der Migration, sondern auch nach Ankunft im Aufnahmeland fortsetzen.

Im besonderen ist hier auf die Vulnerabilität von unbegleiteten Adoleszenten hinzuweisen, die den Übergang ins Erwachsenenalter unter derart erschwerten Bedingungen struktureller und persönlicher Art – bei ständig wechselnden Bezugspersonen – bewältigen müssen.

7.2.6 Perspektiven, Prognose

Der Gedanke an ein Verlassen des EPZ oder gar an eine Rückkehr ins Herkunftsland löst bei Herrn T. massive Ängste aus. Solange er auf sein seit zwei Jahren hängiges Wiedererwägungsgesuch betr. Asylverfahren keine positive Antwort erhält, sind auch seine Perspektiven in der Schweiz schwierig zu beurteilen. Gegenwärtig unternimmt er auf eigenen Wunsch nochmals einen Versuch, in einem Ausbildungskurs für Jugendliche Fuss zu fassen. Vorläufig wird der mittlerweile volljährige Herr T. im EPZ verbleiben, da es keine andere Institution gibt, in die er aufgenommen werden könnte, obwohl er nach Ansicht seines Arztes und auch nach unserer Meinung eine höher strukturierte Wohn- und Lebensform benötigen würde.

7.3 Verlaufsstudie Familie I.

Abstract

Die vorliegende Falldarstellung zeigt ein Schicksal, das stellvertretend für viele asylsuchende Familien steht. Dieses Schicksal ist häufig das Ergebnis der Wirkung eines extrem religiös orientierten Regierungssystems, welches die Menschen des Raumes und der Zeit beraubt und sie zum Flüchten zwingt. Der erfahrene Verlust der Heimat und oft die Unmöglichkeit der Rückkehr intensiviert das Gefühl der Ohnmacht und des Verfolgtseins, das dadurch zur Chronifizierung neigt. Verzweifelte Asyl Suchende versuchen, den Zustand zu überwinden, wo sie den Mitmenschen als „Gegenmensch“ erfahren, versuchen, das verlorene Weltvertrauen wieder zu erlangen. In der Arbeit mit Folter- und Gewaltopfer sind wir nicht nur mit Posttraumatischen Störungen konfrontiert, sondern mit einer menschlichen Möglichkeit, die ein Versagen des frei gelebten Miteinanderseins bedeutet. Es ist verblüffend, dass trotz Grausamkeit noch ein Leben möglich ist!

7.3.1 *Kurze Beschreibung*

Die Familie I. aus dem Mittleren Osten lebt (mit vorläufiger Aufnahme – Status F) seit 5 bzw. 1 1/2 Jahren in der Schweiz. 1998 flüchtete Herr I. unter Lebensgefahr ins Ausland. Seine Ehefrau und seine Tochter, die seinerzeit 7-jährig war, konnten erst Anfang 2002 das Land verlassen und in die Schweiz gelangen. Die persönliche Flucht von Herrn I. begann, als der damals 14-jährige Schüler sich den oppositionellen Kräften seines Landes anschloss und an den Aktivitäten dieser regimfeindlichen Front aktiv teilnahm. Kurz vor der Maturität wurde der 19-Jährige verhaftet und zu 10 Jahren Gefängnis verurteilt. Während des Freiheitsentzugs verbrachte der junge Mann 8 Monate in einer Einzelzelle. Diese Haftzelle befand sich gemäss der Schilderung des Klienten in mittelalterlichem Zustand. Folter und Grausamkeit gegen Leib und Seele prägten den Tages- und Nachtablauf. Mit der Auflage, seine regimfeindlichen Aktivitäten zu unterlassen, wurde Herr I. frühzeitig aus dem Gefängnis entlassen. Eine Missachtung dieser Vereinbarung hätte zur Wiederverhaftung und zum Vollzug der Todesstrafe geführt. In der Folge zwang ein symptomübergreifendes Krankheitsbild Herrn I., sich in psychiatrische Behandlung zu begeben. Langsam konnte er – nach 2 Jahren Behandlungszeit – im Maurerbetrieb seines Vaters tätig werden. Seine Unzufriedenheit mit dem herrschenden Regierungsapparat verleitete ihn dazu, wieder mit der oppositionellen Bewegung zusammenzuarbeiten.

Herr I. heiratete eine Frau aus dem Norden seines Heimatlandes, wohnte mit ihr in der Hauptstadt und arbeitete auch dort. 2 Jahre später und nach der Geburt seiner Tochter wurde er aufgrund seines politischen Agierens wieder polizeilich gesucht. Die Flucht der ganzen Familie nahm ihren Anfang. Die Familie musste in den Norden des Landes flüchten. Denn eine erneute Festnahme hätte für Herrn I., wie erwähnt, die Vollstreckung der Todesstrafe bedeutet. Die ganze Familie musste verborgen in der Anonymität leben, da eine Sippenhaftung bestand. Die Eltern durften sich öffentlich nicht zeigen, das Kind durfte keinen Kindergarten und später keine Schule ausser Haus besuchen. Das Leben wurde zunehmend eingeengt und unerträglich. Mit Hilfe der Organisation wurde die Flucht des Vaters organisiert und finanziell unterstützt: auf dem Landweg (zum Teil zu Fuss) über mehrere Länder und Grenzen dann in die Schweiz. Ein neuer Leidensweg für alle Familienmitglieder zeichnete sich ab.

Herr I. stellte in der Schweiz ein Asylgesuch. Besorgt um seine Familie, versuchte er, eine Arbeit zu finden. Einerseits führten die kulturellen Unterschiede, die neue Gesellschaftsordnung, die unbekannte Sprache und die Komplexität der verschiedenen Strukturen in der Schweiz zu einer grossen Belastung, andererseits aber auch die Sorge um die Familie und die Angst vor Verrat. Nach der Ablehnung seines Asylgesuches erlebte Herr I. Gefühle der Ohnmacht und erlitt einen Zusammenbruch. Er wurde wegen auffallender Belastungssymptome zu einer hausärztlichen Behandlung angemeldet. Eine psychiatrische Behandlung wurde notwendig. Herr I. wurde im EPZ angemeldet und im Januar 1999 dort auch aufgenommen.

In Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Diensten konnten die FachmitarbeiterInnen fremd- und selbstzerstörerische Episoden und Herrn I.'s Suchtverhalten besser auffangen. Gespräche verschafften ihm etwas mehr Zugang zu seinen Ängsten, Gefühlen und Wünschen was schliesslich zu einem integrierteren Leben führte. Mittlerweile konnte er zusammen mit seiner später geflüchteten Frau und seiner Tochter ausserhalb des EPZ eine Wohnung mieten. Zur Stabilisierung braucht die Familie das EPZ aber nach wie vor, zumindest für eine gewisse Zeit noch. Seit einigen Monaten arbeitet Frau I. in einem gemeinnützigen Einsatzprojekt der Stadt Zürich (100% Pensum mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 42 Stunden).

7.3.2 *Krise und personelle Dichte*

Aus den Aktennotizen von ehemaligen MitarbeiterInnen des EPZ und aus unserer persönlichen teilnehmenden Beobachtung ergibt sich folgendes Profil bzw. Erscheinungsbild:

Herr I. wuchs mit seinen Eltern und 3 älteren Brüdern auf. Bis er sich mit 14 Jahren für die Politik seines Landes zu interessieren begann und politisch aktiv wurde, war er unauffällig. Nach seiner erzwungenen Flucht in die Schweiz wurde er in einem Durchgangszentrum untergebracht, wo er meistens aufgebracht war. Die schlechten Wohnverhältnisse, die störende Nachbarin und die telefonische Nichterreichbarkeit seiner Ehefrau machten ihm zu schaffen. Er isolierte sich mehr und mehr. Als er einmal in einem Privatzimmer wohnte, steckte Herr I., der in Panik geraten war, sein Zimmer in Brand. Die Gestaltung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zu Herrn I. erwies sich als sehr schwierig. Er begann zunehmend von illegalen Drogen Gebrauch zu machen. Der Drogenkonsum im vorliegenden Fall kann im Sinne einer Selbstmedikation verstanden werden, verweist vielleicht auch auf die verlorene Position des Familienvaters und die verzweifelte Suche nach Sicherheit. Aufgrund der Folgen der schwierigen Haftbedingungen im Herkunftsland, der Flucht-Erlebnisse, der Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (sich aufdrängende Erinnerungen an Folter und Demütigung, Flashbacks, Gefühl des Wiedererlebens), der Depressionen und Ängste mit somatischen Begleiterscheinungen (Schwitzen, Herzrasen und innere Unruhe) begab sich Herr I. in ärztliche Behandlung. Ein wachsendes psychotisches Erleben zeigte sich in Form des Hörens der Stimme seines Gefängniswärters, der ihn gefoltert hatte. Immer wieder hörte Herr I. Menschen (Mitarbeiter des Geheimdienstes seiner Heimat) auf den Strassen Zürichs, die in seiner Muttersprache mit ihm sprachen, ihn bedrohten und verfolgten (paranoide Wahnvorstellungen). Wegen eines schweren depressiven Zustandsbildes und akuter Selbsttötungsabsichten erfolgten mehrere stationäre Eintritte in psychiatrische Kliniken, z.T. per fürsorglichem Freiheitsentzug (FFE). Beeinflusst von einer wachsenden Zahl von Kriseninterventionen beanspruchte Herr I. zunehmend mehr Zeit. Bei einer akuten Klinikeinweisung (per FFE) sind EPZ-MitarbeiterInnen, ÄrztInnen, medizinisches Personal (Sanitätsdienst) und ggf. Polizei involviert. Dies bedeutet jeweils einen enormen Aufwand an Personal und demgemäss auch Zeit.

Während Herr I. sich in der Klinik befand, gelang es seiner Ehefrau und der Tochter in die Schweiz zu kommen.

Jedoch: Die Wahrnehmung der realen Situation von Herrn I. im Asylland Schweiz und seines Gesundheitszustandes enttäuschten und schockierten Frau I. und ihre Tochter. Darüber hinaus waren für Mutter und Tochter nicht nur die Sprache des Landes, die gesamte Gesellschaft und die Menschen fremd, sondern auch der Ehemann und Vater war ein neuer, unbekannter (Herr I., der uns sagte „ich lebe, aber ich bin tot“ und damit meinte, er führe die Existenz oder das Sein eines Toten, der sich keine Wünsche erfüllen könne und auch keine Hoffnung mehr zu schöpfen vermöge). Er klagte stets (wie auch alle anderen BewohnerInnen des Hauses) über die Lärmbelästigung (bei Tag und bei Nacht) wegen der Wohnlage an der meist befahrenen Strasse der Schweiz (ca. 70'000 Kraftfahr-

zeuge/Tag). Die Familie hatte 2 Zimmer in einer 4-Zimmerwohnung zur Verfügung und musste Bad und WC mit einem Mitbewohner teilen. Frau I. konnte sich an eine solche Wohngemeinschaft nicht anpassen. Der Familienvater hatte Angst um seine 11-jährige Tochter. Die äusserlich sonnige und auffällig angepasste Tochter ist sehr kommunikativ. Er machte uns verantwortlich, wenn seiner Tochter etwas zustossen sollte, z.B. wenn sie von einem Mitbewohner verführt werden sollte. Herr I. klagte auch vermehrt über fehlende Intimität und ausbleibende sexuelle Begegnung mit seiner Frau, nach 4 Jahren Trennung. Er versuchte, auf rationaler Ebene zu vermitteln, dass die Anwesenheit seiner Tochter (kein eigenes Zimmer) und der (unauffällige) Nachbar im Zimmer nebenan (der selten zuhause ist) die Gründe seien für die Unmöglichkeit der intimen Begegnung mit seiner Frau. Es stellte sich jedoch heraus, dass die Eheleute einander fremd geworden waren. Die Fluchtgeschichte, die medikamentöse Behandlung und die Unsicherheit nach der Ablehnung seines Asylgesuches hatten ihn und sein Aussehen verändert. „Mein Mann ist ein anderer Mann“, sagte Frau I. Dies bezeichnete den Riss in der Beziehung oder gar einen Abbruch der Beziehung.

7.3.3 Veränderungen, Verläufe in Bezug auf Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit

Herr I. befindet sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung und in einem Methadonprogramm. Er kam lange Zeit täglich ins EPZ-Büro direkt im Haus. Die Gespräche mit ihm waren von zwei Themen gelenkt und beherrscht: von der Frage, wie viel Geld er zuzugute hatte und warum und von der Forderung nach einer neuen Zimmereinrichtung. Herr I. war von weitem an seinem kurzen und beschwerlichen Atem erkennbar. Seine seelischen Zustände äusserten sich in den Spannungen und Erschlaffungen seiner Gesichtsmuskeln, im Schweiss auf seiner Stirn, im Speichelschaum an seinen Mundwinkeln und in der Haltung seiner Hände. Diese körperlichen Erscheinungen dienen „als verlässliche Zeichen, aus denen man auf die seelischen Vorgänge schliessen kann und denen man mehr vertraut als etwa den gleichzeitigen absichtlichen Äusserungen in Worten“ (FREUD, [1890] 1982:20). Herr I. will seine seelischen Vorgänge nicht verheimlichen, sondern er hatte zu jenem Zeitpunkt noch kein Vertrauen in die Person des ihn betreuenden Fachmitarbeiters des EPZ entwickelt.

Eines Tages versuchte Herr I. in seiner Verzweiflung, sich das Leben zu nehmen, schluckte Medikamente (die Dosis einer Woche) und rief seinen Arzt an, um sich von ihm zu verabschieden. Der Arzt informierte sofort den betreuenden Fachmitarbeiter des EPZ. Dieser suchte umgehend Herrn I. in seiner Wohnung im 4. Stockwerk auf. Herr I. lag auf seinem Bett, konnte sich kaum bewegen und war durch die hohe Dosis an Schlafmitteln und Antidepressiva sehr benommen. Er war bei Bewusstsein, sein Atem war jedoch flach, sein Puls

hatte eine beunruhigende Tiefe erreicht und war unregelmässig. Ein rasches Handeln kann ggf. schwere Schäden verhindern. Herr I. wurde hospitalisiert, 2 Tage IPS (Intensivpflegestation), dann Einweisung in eine psychiatrische Klinik.

Dieser Beistand und die Hilfestellung taten ihre Wirkung. Ein Durchbruch in der Beziehung zeichnete sich ab. Herr I. gewann in wachsendem Maße Vertrauen. Er begann, in den Gesprächen von sich zu sprechen. Schluchzend erzählte er seine Foltergeschichte, die er angeblich nicht einmal seinem behandelnden Arzt berichtet hatte oder nicht hatte berichten können. „Ich fühle mich sicher bei Ihnen“ sagte Herr I. Seine Frau kam nun zu den Gesprächen mit. Sie sprachen über intime Angelegenheiten und Familienkrisen. Die Tochter kam mehrmals in der Woche ins Büro. Als sie einmal gefragt wurde, wie es ihr in der Schweiz gefalle, antwortete sie: „In der Schweiz muss mein Papa nicht sterben!“ Dies verweist auf ein Gefühl von Sicherheit und Systemvertrauen bei dem Mädchen. Herrn I.'s übertriebene Höflichkeit mit latentem Aggressionspotential verschwand. Die Familie war nun bestrebt, vieles selbst an die Hand zu nehmen. Nachdem ein Platzierungsantrag bei der kantonalen Platzierungsstelle den gewünschten Erfolg nicht gebracht hatte, begab sich das Ehepaar I. selbst auf Wohnungssuche und hatte Glück dabei. Vor kurzer Zeit bezog die Familie eine kleine 3-Zimmer-Wohnung. Ein Schritt in die Selbständigkeit war somit getan. Familie I. hat ihren Asylstatus zwar nicht akzeptiert, sie begann jedoch, ihn auszuhalten. Herr und Frau I., die bis zu diesem Zeitpunkt noch teilfürsorgeabhängig sind, sind nun auf der Suche nach Arbeit.

7.3.4 *Der ethnopsychologische Ansatz im Fallverlauf*

Der Zugang zu Menschen in Krisensituationen setzt im allgemeinen eine tragfähige Beziehung voraus. Für unsere traumatisierten Asyl Suchenden mit seelischen Schwierigkeiten spielt dies eine besondere Rolle. Das Büro im selben Haus, wo die KlientInnen wohnen, heisst zunächst rein äusserlich: Nähe zwischen Fachpersonen und KlientInnen (entscheidend für die Qualität der Betreuung). Gleichzeitig wird das Erfassen der Phänomene (also dessen, was sich zeigt) – unabhängig von Kultur und spezifischen Besonderheiten oder von vorbestimmten Diagnosen – unmittelbar möglich gemacht. Diese stützende und verlässliche Nähe der Fachleute des EPZ hat sich für Familie I. sehr bewährt. Nur durch die Kontinuität in der Betreuung war eine derartige Entwicklung überhaupt möglich.

Das EPZ bietet der Familie im Rahmen der beschränkten Möglichkeiten im Asylwesen den erforderlichen geschützten Raum für psychisches und soziales Geschehen. Dieser dient im aktuellen Fall u.a. der Wiederherstellung bzw. der Integration der Beziehungen innerhalb und ausserhalb der Familie. Neben den anfallenden administrativen Arbeiten im Zusam-

menhang mit der Fallführung umfasst das Angebot des Ethnologisch-Psychologischen Zentrums u. a. Krisenintervention zur Bewältigung von „traumatischen Krisen und Lebensveränderungskrisen“ (WETLI, [1999] 2002:35).

7.3.5 Besonderheiten

Zu Beginn der Arbeit mit Familie I. kam Herr I. zu den Gesprächen allein. Ehefrau und Tochter konnten, wollten oder gar durften nicht dabei sein. Diese Gespräche mit Herrn I. waren ausgedehnt und dominiert von verschiedenen Beschwerden wie Kopf- und Muskelschmerzen, Schlaflosigkeit, Albträumen, Gereiztheit, Nervosität und Konzentrationsproblemen. Darüber hinaus gab es ein stetes Klagen über die Wohnverhältnisse und die Zimmereinrichtung. Gewalt- und Foltererfahrungen kamen anfänglich aus Scham oder Angst vor erneuter Erinnerung an das Unvergessliche kaum zur Sprache. Die medikamentöse Therapie brachte einen bescheidenen Erfolg. Dass dieser klagenden und fordernden Haltung der Familie I. Raum gegeben wurde, führte zu einer allgemeinen Erleichterung der Symptomatik. Eine Trauma zentrierte Psychotherapie wäre langfristig notwendig. Allerdings war vorab eine „einspringende Fürsorge“ dringend gefragt, um eine rasche Linderung der Beschwerden zu erlangen. Die Haltung der FachbetreuerInnen war und ist, nicht zwingend auf das Trauma selbst zu sprechen zu kommen, sondern den Umgang mit Krisen ohne spezielle Auslegung anzusprechen. Eine möglichst offen gehaltene Gesprächstechnik mit entsprechend offenen Settings ist unerlässlich. Diese Freiheit des Sprechen- und Schweigenkönnens (auch Aushaltenkönnens) ist die Grundlage für das Bilden einer tragfähigen Beziehung und des nötigen Vertrauens, welches bei Gewaltopfern so erschüttert ist.

7.3.6 Perspektiven, Prognosen

Herr I. reduziert schrittweise unter ärztlicher Aufsicht seine Methadon-Dosis. Er wird allerdings nach wie vor von seinen Albträumen sehr gequält. Er sieht seine Folterer nicht, hört nur ihre Stimmen, die ihm sagen: „Du musst sterben“. Eine spezielle Folteropfer-Psychotherapie wurde in Erwägung gezogen. Die Therapie im Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer des SRK in Bern kam aus mehreren Gründen nicht in Frage: 1. war sie nur für anerkannte Flüchtlinge vorgesehen, 2. ist die Entfernung unzumutbar, 3. stehen die Fahrtkosten in keinem Verhältnis zu der gewünschten Therapie-Intensität. Mit der bevorstehenden Eröffnung eines zum EPZ komplementären Behandlungs-Zentrums in Zürich rückt jedoch für Herrn I. diese Möglichkeit wieder in den Vordergrund.

7.4 Verlaufsstudie Herr D.

Abstract

Die folgende Verlaufsstudie handelt von einem jungen Ostafrikaner, Asyl Suchender mit vorläufiger Aufnahme (Status F), der aufgrund seiner schweren psychischen Krankheit eine IV-Rente bezog. Er litt unter wiederholten psychotischen Episoden, sprach jahrelang nicht mehr und lebte sozial vollkommen isoliert. Durch einfache Alltagsrituale gelang es der Betreuerin mit der Zeit, den Zugang zu ihm zu finden und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Schliesslich war er bereit, sich psychiatrisch behandeln zu lassen. Entgegen der ärztlichen Prognosen verbesserte sich sein Zustand deutlich. Er pflegt heute soziale Kontakte, ist arbeitsfähig und bezieht keine IV-Rente mehr.

7.4.1 Fallbeschreibung

Herr D. kommt aus einem ostafrikanischen Land. Als Minderjähriger flüchtete er vor dem Bürgerkrieg in die Schweiz. Zwei Jahre nach seiner Einreise hörte er auf zu sprechen und brach seine TAST-Ausbildung wie auch sämtliche sozialen Kontakte ab. Im EPZ lebte er isoliert in seinem Zimmer, er war zu keinem Beschäftigungsprogramm zu bewegen und verweigerte jegliche psychiatrische Behandlung.

Herr D. lebte in einer eigenen Welt, zu der die Betreuerin zunächst keinen Zugang hatte. Auf Fragen reagierte er kaum oder antwortete höchstens mit ja oder nein. Mit der Zeit konnte die Betreuerin ihn jedoch dazu motivieren, regelmässig in ihr Büro zu kommen. Diese Termine spielten sich wie ein Ritual ab: Er gab ihr die Hand, blieb schweigend einige Minuten sitzen, bedankte sich und ging.

Doch immer wieder brach Herr D. den Kontakt zur Betreuerin ab und verschwand wochenlang. Das Team erfuhr, dass er ausserhalb des EPZ zeitweise ein aggressives, tätliches Verhalten zeigte. In seiner Isolation war dies offenbar die einzig mögliche Form von Kontaktaufnahme mit der Aussenwelt. Als sein Wohnungsnachbar der Betreuerin erzählte, dass Herr D. nachts mit einem Messer in der Hand herumlaufen würde, beschloss das Team, den Notfallpsychiater zu holen, der ihn per fürsorgerischem Freiheitsentzug (FFE) in die psychiatrische Klinik einwies. Dort stellte ihm der Arzt eine ungünstige Prognose, er befürchtete eine bereits fortgeschrittene Chronifizierung der Krankheit. – Die Klinik-einweisung erwies sich im Nachhinein als richtiger Schritt. Herr D. machte die Erfahrung, dass es ihm mit Medikamenten besser ging, und er begann nach seinem Austritt eine am-

bulante psychiatrische Behandlung, nutzte aber gleichzeitig das halbstationäre Angebot des EPZ u.a. in Form von Sicherheit spendenden Alltagsritualen. Herr D.'s Zustand besserte sich deutlich: Nach zwei Jahren des Schweigens begann er zu sprechen, hörte keine Stimmen mehr und war weniger ängstlich. Er fing an, regelmässig in einem niederschwelligen Beschäftigungsprogramm der Asyl-Organisation zu arbeiten. Zu einer weiteren Stabilisierung führte auch ein positiv beantworteter IV-Entscheid. Herr D. wurde dadurch fürsorgeunabhängig und realisierte, dass sich damit seine Chancen auf eine Aufenthaltsbewilligung B erhöhten. Herr D. sah erstmals wieder Zukunftsperspektiven und äusserte eigene Wünsche. Zu dieser Zeit begann er, sich nun auch im EPZ mit seiner Krankheit auseinander zu setzen. Zwar blieb ihm die psychiatrische Benennung fremd, doch er stellte einen eigenen Sinnzusammenhang her. Er führte seine Krankheit auf sein (junges) Alter bei der Migration zurück und konnte in Gesprächen mit der Betreuerin seine früheren Ängste in Worte fassen. Eine neue, nicht allein auf die Krankheit zurückführende Sichtweise (starrs Verharren) ermöglichte einen neuen Zugang zu ihm: Tatsächlich schien er die Adoleszenz übersprungen zu haben und begann sich mehr und mehr gegen fürsorgerische und bevormundende Auflagen aufzulehnen. Seine Wünsche nach Autonomie mussten unbedingt unterstützt werden. Gleichzeitig hielten diese einer Realitätsprüfung aber noch nicht stand: Herr D. verleugnet zum Beispiel seine reale finanzielle Lage bis heute.

Nachdem Herr D. einige Monate im Beschäftigungsprogramm gearbeitet hatte, fand er auf eigene Initiative hin eine Stelle in einem Restaurant. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt arbeitet er seit einem Jahr dort. Die IV hat ihre Zahlungen aufgrund seiner Arbeitsfähigkeit inzwischen eingestellt. Herr D. hat sich in der Zwischenzeit verlobt und wird – sobald er eine Wohnung gefunden hat – aus dem EPZ ausziehen.

7.4.2 Empfehlungen

Herr D. gehörte zu jenen Klienten, die psychisch schwer erkrankt sind, spontan keine psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen und die (u.a. aufgrund von Sprachproblemen) auch nicht in einer sozialpädagogischen Einrichtung untergebracht werden können. Gerade für diese KlientInnen ist das niederschwellige Angebot des EPZ von zentraler Bedeutung. Der haltgebende Rahmen, die Kontinuität der Beziehung und die minimale Struktur mit den Orientierung spendenden Alltagsritualen und den damit verbundenen Gesprächen vermindert die Gefahr der Verwahrlosung und Chronifizierung und kann Voraussetzung dafür sein, dass der Klient den Bezug zur Aussenwelt wieder herstellen und ev. später auch ein psychiatrisches Angebot kontinuierlich nutzen kann. Dieser Prozess kann erfahrungsgemäss jahrelang dauern.

Das Fallbeispiel zeigt auch die Wirkung äusserer Rahmenbedingungen auf den Gesundheitszustand: Herr D.'s Zustand besserte sich deutlich, als es ihm möglich war, wieder Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

7.5 Fallstudie Herr N.

Abstract

Die Verlaufsstudie handelt von einem 30-jährigen Mann aus einem ostafrikanischen Land, Asyl Suchender mit Aufenthaltsstatus N, der vor vier Jahren in die Schweiz flüchtete. Er litt schon sehr bald nach seiner Ankunft unter verschiedenen Stresssymptomen, die verknüpft waren mit geringer Affektkontrolle, Angstzuständen und Schlafstörungen. Ein Jahr nach seiner Einreise musste er sich einer lebensrettenden Kopfoperation unterziehen, die ihn heute noch beschäftigt. Symbolhaft steht die Operation für die Todesängste, denen er in seinem Heimatland ausgesetzt war.

Die Verlaufsstudie zeigt, wie der Klient durch die Betreuung des EPZ Verständnis und Einsicht in seine Gefühlslage bekommt, wie er den Übergangsraum des EPZ zu nutzen lernt, um schliesslich eine Arbeitsfähigkeit zu erlangen und eine eigene Wohnsituation aufzubauen. Das niederschwellige, kontextbezogene Angebot ermöglichte es ihm, eine therapeutische Beziehung mit seinem Fachbetreuer einzugehen, und führte ihn zu neuen Einsichten in sein Verhalten und seine Gefühle, was sich auf seine soziale Entwicklung günstig auswirkte.

7.5.1 Fallbeschreibung

Herr N. kommt aus einem städtischen Raum. Er verfügt über einige Jahre Schulbildung, sowie über handwerkliche Fähigkeiten. Er stammt aus einer grösseren Familie (2 Schwestern, 3 Brüder), von denen eine Schwester und ein Bruder in Europa leben. Seine Kontakte zu seinen Geschwistern sind nur sporadisch. Im Heimatland hat er eine Verlobte und einen Sohn. Bedingt durch die Flucht hat er seinen Sohn allerdings nie gesehen.

Herr N. litt schon bald nach seiner Einreise in die Schweiz unter Stresssymptomen wie Schlaflosigkeit, innere Unruhe, Nervosität. Vor allem klagte er während der Zeit seiner Unterbringung in einem Durchgangszentrum über dauernde Kopfschmerzen. In der Folge musste er sich einer Kopfoperation unterziehen. In dieser Zeit verschlechterte sich sein psychischer Zustand, sodass die BetreuerInnen der Asylunterkunft nicht mehr in der Lage waren, eine Betreuung zu gewährleisten. Infolgedessen wurde Herr N. beim EPZ angemeldet.

7.5.2 *Verlauf in Bezug auf die Symptome, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit; Einsicht in eigene Problematik*

Die Aufnahmegespräche mit Herrn N. nahmen schon vieles der späteren Symptomatik vorweg. Durch das Aufnahmegespräch, das von einem Fachmitarbeiter sowie einer Fachmitarbeiterin durchgeführt wurde, konnte eine sehr aufschlussreiche Übertragungssituation hergestellt werden, in der Herr N. den Konflikt mit der früheren Betreuerin in Szene setzen konnte und so die ganze Dramatik seiner Stresssymptome und Überreaktion sichtbar wurde.

In einem zweiten Aufnahmegespräch wurde das Thema des lebensrettenden chirurgischen Eingriffs vorgeschlagen. Herr N. erzählte daraufhin von seinen Todesängsten, die er hatte, er sprach von seinem damaligen Hausarzt, von dem er sich nicht ernst genommen fühlte und von seinen aktuellen Ängsten, früh zu sterben. Diese Ängste hat er besonders in Stresssituationen, in denen er dann auch seine Kopfschmerzen, die weiterhin anhalten, stärker erlebt.

Wir entschieden, uns Herrn N. aufzunehmen. Gleich zu Beginn lieferte Herr N. eine dramatische Anfangsszenerie. Er wurde verdächtigt, im Brockenhaus einen Waschhandschuh entwendet zu haben und wehrte sich gegen jede Anschuldigung. Daraufhin holte der Ladenbesitzer die Polizei, die Herrn N. festnahm. Infolge der Eskalation kam es zu einer Klinikeinweisung von Herrn N. (vgl. Fallvignette Kap. 5.6 *Trauma*).

Wie schon bei früheren Szenerien hatte Herr N. das Gefühl, dass er ausgesprochen ungerecht behandelt worden wäre, und er hielt sich selbst für vollkommen unschuldig. Eine gerichtliche Klage wegen des Polizeieinsatzes blieb jedoch ohne Erfolg für Herrn N. Sein Begehren wurde abgewiesen. So sah er sich in seiner Idee, dass alle gegen ihn wären, bestätigt. Parallel zu diesen Kränkungen gelang es den FachmitarbeiterInnen des EPZ jedoch, einen kontinuierlichen Kontakt und vor allem auch einen verlässlichen und sicheren Ort anzubieten. So konnte Herr N. ein Stück Distanz zu den Kränkungen des Alltags gewinnen. Er begann, erste eigene Schritte in die Selbstständigkeit zu machen und besuchte z.B. einen Deutschkurs. Auf dem Hintergrund des Erlernens der deutschen Sprache wurde Herr N. auch in seiner Selbstsicherheit gestärkt. Er konnte sich nun auch besser mitteilen. Später ergab sich für Herrn N. die Möglichkeit, in einem Beschäftigungsprojekt im Kinderbetreuungsbereich zu arbeiten. Parallel dazu konnte Herr N. auch das erste mal ausführlicher über seinen eigenen Sohn sprechen.

Mit diesen Entwicklungen im Arbeits- und Beschäftigungsbereich wollte Herr N. nun auch seine Wohnsituation zu ändern. In dieser Situation stiegen die Spannungen zwischen dem

Betreuer und Herrn N., da dieser die Erwartung hatte, dass ihm nun eine Verbesserung der Wohnsituation zustehen würde.

Der Konflikt, der sich so entwickelte, hatte ähnliche Züge wie die früheren Konflikte. Herr N. erlebte die Nichterfüllung seiner Wünsche wie eine Auslöschung seiner Person, wie einen existenziellen Konflikt. Er deutete dies auch mehrmals an. Entsprechend der Schärfe des Erlebens entwickelte sich auch der Konflikt mit aller Wucht, und es kam beinahe zu einem tätlichen Angriff von Herrn N. gegen seinen Betreuer.

Eine Entspannung dieses Konflikts konnte das Zweier-Setting nicht mehr leisten, und so wurde das Setting wiederholt geöffnet: Ausser dem zuständigen Betreuer nahmen eine weitere Betreuerin wie auch eine Vertrauensperson von Herrn N. an den gemeinsamen Gesprächen teil. In dieser Situation konnte Herr N. auch wieder über seine Gefühle, seine Ohnmacht und Verzweiflung sprechen und sich öffentlich beim Betreuer für seinen Wutausbruch entschuldigen.

Dynamisch besteht gerade bei Personen wie Herr N., die Foltererfahrungen gemacht haben, die Tendenz, die erlittenen Qualen nach aussen abzuführen. Eine tatsächliche Vernichtung des äusseren Objekts (etwa ein Verlassen des EPZ, was ein Abbruch der Beziehung zum Betreuer zur Folge hätte) würde aber zu noch grösseren Qualen und Verunsicherungen führen. So war es für Herrn N. ein wichtiges Erleben, dass er den Betreuer selbst in einer krisenhaften, beängstigenden Situation nicht einfach auslöschen konnte. Diese Fähigkeit auf BetreuerInnenebene, eine derartige Situationen zu tragen, ist nur auf Basis eines Teams vorstellbar.

Während seines Aufenthaltes im EPZ war Herr N. kontinuierlich in medizinisch- psychiatrischer Behandlung. Dabei wollte er, nach einem Ortswechsel des Psychiaters, diesen auch weiterhin behalten. Dieses Anliegen wurde von uns gefördert, da die Kontinuität gerade für Herrn N. eine grosse Bedeutung hat. Die Abstände der Konsultationen beim Psychiater sind in letzter Zeit grösser geworden.

Aufgrund seiner fortschreitenden Selbstständigkeit wurde für Herrn N. schliesslich ein Zimmer ausserhalb des EPZ gesucht und auch gefunden. Das selbständige Wohnen fördert seine positive Entwicklung weiter. So erzählte Herr N. z.B. von einer krisenhaften Situation, in der er beinahe die Nerven verloren hatte. Man verweigerte ihm, eine Einzahlung bei einem Geldinstitut zu machen, da der Schalter schon geschlossen hatte. Das Geld wollte er seiner Verlobten schicken, damit der Sohn medizinisch behandelt werden konnte. In dieser Situation hielt Herr N. inne und durchdachte kurz die Situation. Das Wachpersonal war bereits da, und so musste er sich rasch beruhigen. Dies gelang ihm auch.

Herr N. wünscht gerade in dieser Situation der Veränderungen – auch der eigenen – eine vorläufige Weiterbetreuung durch das EPZ. Neben den Fortschritten und Entwicklungen, die Herr N. gemacht hat, bleibt bei ihm eine zerbrechliche Seite, die vermutlich auch in Zukunft nicht veränderbar ist und mit der Herr N. leben lernen muss.

Insgesamt wirkte sich die zunehmende Beruhigung von Herrn N. auch günstig auf seine sozialen Beziehungen aus. Im Rahmen von wohlthätigen Institutionen verfügt er über Freundschaften, jedoch auch im Rahmen der Kinderbetreuung konnte er freundschaftliche Kontakte aufbauen.

7.5.3 Der ethnopsychologische Ansatz im Fallverlauf

Wie oben dargestellt, wurden bei Herrn N. unterschiedliche Settings wechselweise angeboten. Die Möglichkeit, ein Zweiergespräch zu führen oder bei Bedarf das Setting zu öffnen und ein Mehrpersonen-Setting anzubieten, öffnete neue Wege der Konfliktbewältigung für Herrn N.

Herr N. konnte so miterleben, dass es neben intensiven Zweierbeziehungen – an die er häufig grosse und oft unerfüllbare Wünsche richtete – auch etwas Drittes, nämlich die Gruppe gibt. In diesen Gruppengesprächen konnte Herr N. Beruhigung, Verlässlichkeit und Sicherheit finden.

Daneben wurde für Herrn N. das „Büro“ des EPZ zu einem Ort, den er in schwierigen Situationen aufsuchen konnte, ohne grosse Hemmschwellen überwinden zu müssen. Die leichte Zugänglichkeit und Erreichbarkeit der FachmitarbeiterInnen des EPZ war für Herrn N. sehr wichtig. Eben dadurch, dass Herrn N. nicht nur eine Beziehung zu einer Person angeboten wurde, sondern zu einer Gruppe (dem Team), war es für ihn möglich, sich neben dem direkt zugeordneten Betreuer auch an andere FachmitarbeiterInnen zu wenden.

Die monatlichen Budgetgespräche und -auszahlungen stellten für Herrn N. immer wieder eine schwierige Situation dar, da sich für Herrn N. hier die objektive Realität des Asylwesens mit seinen eingeschränkten Mitteln zeigte und sich diese Realität zugleich mit einem Gefühl der Wertlosigkeit und der Ohnmacht verband. Die Belastungen, die der Betreuer bei den Budget-Gesprächen aushalten musste, waren erheblich und doch wichtig, da hier Einblick über die Befindlichkeit von Herrn N. gewonnen werden konnte. So wurde etwa klar, dass der Wunsch, mehr Fürsorgegelder zu erhalten, bei Herrn N. damit zu tun hat,

dass er seine Verlobte und sein Kind soweit wie möglich unterstützen will. Da ihm dies nur unzureichend gelingt, leidet er immer wieder unter starken Schuldgefühlen. Dieser Druck wird dann in den Besprechungen der Budgets sichtbar.

Das EPZ-Betreuungsangebot wurde für Herrn N. ein echter Übergangsraum, in dem er sich neu zurecht finden konnte und weitere Ressourcen Richtung Integration aufbauen konnte. Langfristige Perspektiven in der Schweiz kann er aber nach wie vor aufgrund seiner Situation als Asyl Suchender nicht entwickeln. Dies stellt seine gesundheitliche und soziale Entwicklung immer wieder in Frage.

7.5.4 Genderspezifische Besonderheiten

Gerade bei Herrn N. gibt es einige genderspezifische Besonderheiten. Herr N. ist zwar alleine migriert, hat jedoch einen besonderen Migrationsauftrag zu erfüllen. Er sieht sich veranlasst, seine Familie (Verlobte und Kind) zu unterstützen. Dies bewirkt auf der einen Seite einen Druck, indem er notwendigerweise einer Beschäftigung nachgehen muss, um über mehr finanzielle Mittel zu verfügen. Auf der anderen Seite gewinnt er damit einen Lebenssinn, da er für seine Familie die Belastungen auf sich nimmt und sich nicht aufgibt. Dieser Gewinn, einen Sinn im Leben zu finden, sein Leben nicht aufzugeben, zu wissen, wofür er diese Belastungen auf sich nimmt, ist als sehr bedeutsam einzustufen, da gerade MigrantInnen, die Foltererfahrungen und lebensbedrohliche Situationen erlebt haben, in eine Sinnkrise geraten können.

7.5.5 Prognosen

Herr N. bleibt trotz der günstigen Entwicklung weiterhin in einer schwierigen Situation. Aufgrund seiner Stresssymptome und seiner körperlichen Beschwerden ist nicht damit zu rechnen, dass Herr N. je einer normalen Arbeit nachgehen kann, da er sowohl körperlich als auch psychisch nur bedingt belastbar ist. Die gegenwärtige Situation, seine Tätigkeit in einem Beschäftigungsprojekt, ist bezogen auf seine Möglichkeiten als günstig oder auch angemessen zu bewerten. Nach wie vor leidet Herr N. unter Schlafstörungen, Lärmempfindlichkeit, regelmässigen Kopfschmerzen und Kopfdruck.

Im sozialen Feld bleibt das Hauptproblem sein hohes Mass an Unverlässlichkeit. Er kann jegliche Art von Terminen nur schwer einhalten, was sowohl im Gesundheits- als auch im Arbeitsbereich schwierige Situationen bedingt.

Aufgrund seiner regelmässig notwendigen medizinischen Kontrolluntersuchungen sieht Herr N. sich nicht in der Lage, in sein Herkunftsland zurückzukehren. Hinzu kommen seine Ängste, zu sterben, wenn er keine weitere medizinische Behandlung bekommt. Diese Ängste erhöhen den Stress und haben eine negative Auswirkung auf seine Gesundheit. Er sieht seinen Verbleib in der Schweiz also als lebensrettende Massnahme an. Das Prekäre und Belastende bleibt jedoch der Verbleib seines Kindes als auch seiner Verlobten in seinem Heimatland. Diese Situation ist für Herrn N. auf die Dauer nur schwer vorstellbar. So bleibt es für Herrn N. belastend, dass er in Bezug auf diese Situation keine echte Lösung erwarten kann und mit dieser Unsicherheit leben muss.

7.6 Verlaufsstudie Frau A.

Abstract

Die Verlaufsstudie handelt von einer 53jährigen Frau aus einem südosteuropäischen Land. Zusammen mit ihrem Sohn war sie vor vielen Jahren in die Schweiz geflüchtet. Beide sind Asyl Suchende mit vorläufiger Aufnahme (Aufenthaltsstatus F). Einige Zeit nach ihrer Ankunft begann sie an schweren Depressionen, Verfolgungsideen und körperlichen Abbausercheinungen zu leiden und war nicht mehr fähig, für sich und ihren Sohn zu sorgen. Ihr Sohn musste in einer Pflegefamilie untergebracht werden und bei ihr stellte sich die Frage nach einem Heimaufenthalt.

Die Studie zeigt einerseits, wie durch eine frühzeitig eingeleitete Unterstützung eine günstige Entwicklung des Sohnes und damit seine soziale Integration in der Schweiz gefördert werden konnte. Andererseits zeigt sie den Betreuungsverlauf der Mutter auf, bei dem nicht eine Heilung im Vordergrund stand, sondern eine Unterstützung und Begleitung, mit dem Ziel, einer raschen und völligen Invalidisierung entgegenzuwirken. Durch die therapeutischen Ansätze des EPZ konnte eine Chronifizierung ihres Leidens verzögert und eine Heimplatzierung während mehrerer Jahre verhindert werden. Von besonderer Bedeutung war ein therapeutischer Zugang, der weniger über das Gespräch, sondern vielmehr über den Einbezug des Alltagskontextes (nebst fürsorglicher Zuständigkeit) stattfand. Dabei wurde das Vertrauen und die Kontinuität in der Beziehung Frau A.'s zur Betreuerin für eine psychische Integration ihres Migrationsschicksals und dessen minimaler Bearbeitung Voraussetzung dafür, dass sie nicht von Depression zu Depression und damit von Klinikaufenthalt zu Klinikaufenthalt lebte, sondern langsam ein Dasein aufbaute, welches ihr erlaubte, ihre eigenen Ressourcen zu mobilisieren. Dies wiederum ermöglichte Frau A., ihre Beziehung zu ihrem Sohn, wenn auch getrennt lebend, aufrecht zu erhalten, was für Sohn und Mutter gerade in der Migration von vitaler Bedeutung ist, da noch mehr Verluste für den Sohn wie für die Mutter kaum noch zu verkraften gewesen wären und erneute, stark gesundheitsgefährdende, bleibende Brüche in ihrer Biographie verursacht hätten.

7.6.1 Fallbeschreibung

Frau A. kommt aus ländlichen Verhältnissen und hat nur wenige Jahre Schulbildung. Sie war Hausfrau und hat zweimal geheiratet: Von ihrem zweiten Mann hat sie einen Sohn, mit dem sie später in die Schweiz geflüchtet ist. Beide Männer waren Alkoholiker und gewalttätig und vor allem der zweite Mann bedrohte sie und das Kind so massiv, dass sie um das

Leben ihres Sohnes fürchtete. Während des Krieges – Frau A. war damals 43 Jahre alt, ihr Sohn vierjährig – hielt sie sich mit ihrem Sohn in einem Flüchtlingslager auf. Als sie von einem Bus hörte, der Frauen und Kinder in die Schweiz bringen würde, überlegte sie nicht lange und reiste mit ihrem Sohn ab. Aus Angst vor ihrem Mann brach sie alle Brücken zur Heimat ab, und in der Schweiz angekommen, teilte sie weder ihm noch ihrer Ursprungsfamilie ihren Aufenthaltsort mit. Sie wollte in der Schweiz ein neues Leben beginnen.

Frau A. und ihr Sohn wohnten während vier Jahren in einer Asylunterkunft in einer Gemeinde. Dort fiel sie von Anfang an durch ihre symbiotische Beziehung zu ihrem Sohn auf: Aus Angst, es könnte ihm etwas zustossen, liess sie ihm keinerlei Entwicklungs- und Freiräume. Unter ihren MitbewohnerInnen galt sie als Aussenseiterin, weil sie keinerlei Trauer über den Krieg und über die Trennung von ihrer Familie zeigte. Aus der Sicht der Frauen schminkte sie sich übertrieben und kleidete sich für ihr Alter zu jugendlich. Nach ca. drei Jahren erlitt Frau A. einen Zusammenbruch und begann an schweren Depressionen und an akuten Angst- und Verfolgungszuständen zu leiden. Nachdem sie mehrere Wochen nicht mehr schlafen konnte und in der Nacht häufig die Polizei anrief, wurde sie in eine psychiatrische Klinik eingewiesen, wo sich ihr Zustand jedoch nicht wesentlich verbesserte. Die Ärzte diagnostizierten ein depressives Zustandsbild bei schizoaffektiver Störung. Nach dem Klinikaufenthalt war Frau A. in der Asylunterkunft nicht mehr tragbar, und sie trat mit ihrem damals achtjährigen Sohn ins EPZ ein.

7.6.2 Verlauf in Bezug auf die Symptome, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit, Einsicht in die eigene Problematik

Obwohl Frau A. bei ihrem Eintritt ins EPZ noch nicht 50 Jahre alt war, galt sie bei ihren MitbewohnerInnen als alte, kranke Frau. Sie konnte keine Wünsche für sich mehr formulieren, sie war dankbar und genügsam und zeigte nichts mehr von ihrem früheren exzentrischen Verhalten. Sie lag die meiste Zeit über im Bett, pflegte und wusch sich kaum noch und klagte über diffuse Ängste und über Schmerzen am ganzen Körper. Ihr Sohn seinerseits wurde psychisch auffällig: Er begann ins Bett zu nässen, schlug seine Mutter und verweigerte den Schulbesuch.

Es wurde bald deutlich, dass Frau A. mit der Betreuung ihres Sohnes überfordert war. Frau A. teilte die Ansicht des EPZ-Teams, der Ärzte und der Lehrpersonen, dass für ihren Sohn eine Fremdplatzierung notwendig war. Es war ihr ein grosses Anliegen, dass die Betreuerin für ihn einen guten Platz finden würde, denn schon damals ahnte sie, dass es eine dauerhafte Trennung sein würde. Die Suche nach einer geeigneten Fremdunterbringung dauerte

mehrere Monate, doch diese Zeit erwies sich für den Ablösungsprozess als sehr wichtig. Die Schuldgefühle sowohl der Mutter wie auch des Sohnes – der Sohn fühlte sich verantwortlich für die Krankheit seiner Mutter – konnten in intensiven Gesprächen aufgefangen werden. In dieser Übergangszeit organisierte die Betreuerin eine Reihe von Hilffsystemen, die das Überleben der Familie im EPZ ermöglichten: u.a. TAST-SchülerInnen, welche die Wäsche besorgten, das Zimmer reinigten und Frau A. bei der Körperpflege halfen, sowie eine Begleitperson für ihren Sohn, die ihn jeweils in die Schule brachte.

Eine Schweizer Familie, die in der Gemeinde wohnte, wo Frau A. und ihr Sohn vorher gelebt hatten, war schliesslich bereit, den Sohn als Pflegekind bei sich aufzunehmen, und er konnte in eine vertraute Umgebung zurückkehren. Entgegen der Befürchtungen der BetreuerInnen stabilisierte sich Frau A. nach der Trennung von ihrem Sohn, die Fremdplatzierung wirkte sich entlastend auf sie aus. Während einiger Monate hatte sie weniger Ängste und Schmerzen und konnte für sich selber sorgen. Hilffsysteme waren nicht mehr nötig und das Team sah von einer Heimplatzierung vorläufig ab, zumal es Frau A.'s ausdrücklicher Wunsch war, im EPZ zu bleiben. Das EPZ mit seiner Haltefunktion stellte für sie ein Stück Leben in der Normalität dar, während sie das Heim mit Alter und Sterben assoziierte. Vorübergehend positiv auf ihren Gesundheitszustand wirkte sich auch aus, dass sie und ihr Sohn in dieser Zeit aufgrund ihrer Krankheit einen individuellen F-Status bekamen.

Doch der Betreuungsverlauf verlief nicht linear und in den folgenden Jahren wechselten sich stabilere Phasen mit depressiven Episoden ab, oft ohne äusseren ersichtlichen Grund. Frau A. konnte ihre diffusen psychischen Störungen und ihre Schmerzen in den Beinen, die ohne somatischen Befund waren und die der Arzt hauptsächlich auf ihr Übergewicht zurückführte, nicht einordnen (vgl. WETLI, 2001:46). Ihre wiederkehrenden Ängste machte sie in der ersten Zeit ausschliesslich an der Gegenwart fest. Sie verliess das Haus kaum, da sie befürchtete, auf der Strasse ohnmächtig zu werden und war häufig allein in ihrem Zimmer. Sie liess zeitweise die Fensterläden auch tagsüber geschlossen, da sie sich von einem Nachbarn verfolgt fühlte. Die Beschäftigungsprogramme, für welche die Betreuerin sie immer wieder zu motivieren versuchte, brach sie jeweils nach kurzer Zeit wieder ab. Frau A. hatte eine Strategie des Rückzugs gewählt und sie lebte in einer emotionalen Erstarrung, was sich auch in der Beziehung zu den BetreuerInnen zeigte. Trotz ihrer fortwährenden Dankbarkeitsbezeugungen – sie bezeichnete das EPZ-Team als „ihre Familie“ – blieb sie im Kontakt zu den BetreuerInnen meist emotionslos.

Bei den ersten Anzeichen von Überforderung oder Verfolgungsängsten trat Frau A. in die psychiatrische Klinik ein, wo sie oft monatelang blieb. Häufig waren die Ärzte ratlos, da sie nach der Stabilisierung keinerlei Fortschritte machte: Sie nahm zwar regelmässig die Medi-

kamente ein, war darüber hinaus jedoch nicht bereit, etwas aktiv zu ihrer Gesundheit beizutragen: Arbeitsbeschäftigung oder Ergotherapie lehnte sie ab.

Doch Frau A. entwickelte auch Ressourcen. So begann sie, sich mit ihrer Vergangenheit, die sie bisher völlig abgespalten hatte, auseinander zu setzen. Nachdem ihre Familie sie (etliche Jahre nach ihrer Abreise!) über das IKRK suchen liess, setzte sie sich mit ihrer Schwester in Verbindung. Als sie dann erfuhr, dass ihre Mutter bereits vor längerer Zeit gestorben war, unternahm sie einen Suizidversuch und ein mehrmonatiger Klinikaufenthalt war notwendig. Auch von ihrem Mann erhielt sie Briefe, er bat sie, zu ihm zurückzukehren. Nach längerem Abwägen kam Frau A. zum Schluss, dass sie definitiv keinen Kontakt mehr zu ihm wollte. Diese Ereignisse führten dazu, dass sie das Vergangene partiell integrieren und die notwendige Trauerarbeit leisten konnte. Zum ersten Mal konnte sie über die Gewalttätigkeit ihrer Ehemänner, über ihre Albträume, wo sie tote Soldaten sah, sprechen, und die bedrohlichen Themen konnten ansatzweise bearbeitet werden. Das damit neu entstandene Gefühl für Geschichte und das Verständnis für in diesem Zusammenhang stehendes Leid bewirkte wichtige Veränderungen. Sie begann, ihrem Leiden eine Bedeutung zu geben und setzte ihre Krankheit in einen Zusammenhang mit ihren „Nerven“ und ihren gelebten Erfahrungen. Dadurch verharrte sie nicht mehr ausschliesslich in ihrer Opferrolle und wurde mehr zur Akteurin ihrer Krankheitsbewältigung wie auch ihrer eigenen Geschichte. Mit ihrer Schwester hielt sie weiterhin Kontakt und sie hörte auf, das EPZ-Team als ihre Familie zu bezeichnen.

Ein weiterer günstiger Faktor war, dass sie ihren Sohn in der Pflegefamilie gut aufgehoben wusste. Der Sohn hatte sich in der Pflegefamilie integriert und zeigte keine Symptome mehr. Er besuchte seine Mutter jeweils am Wochenende, doch die Kommunikation zwischen den beiden erwies sich als zunehmend schwierig, da der Sohn immer weniger seine Muttersprache beherrschte und sich über die Pflegefamilie und das schweizerische Umfeld zu definieren begann. Mit der Zeit fanden Frau A. und ihr Sohn eine Form der Begegnung, die beide nicht überforderte. Ihr Sohn kam nur noch stundenweise, aber regelmässig auf Besuch und Frau A. übernahm mehr und mehr die Funktion der sich sorgenden Grossmutter. Diese neue Rolle entlastete sie von ihren Schuldgefühlen.

Ein Hinweis auf ihren verbesserten Gesundheitszustand war, dass die Häufigkeit der Klinikaufenthalte mit der Zeit abnahm. Frau A. äusserte zwar immer wieder den Wunsch, in die Klinik einzutreten, doch mit der Zeit gelang es der Betreuerin, sie jeweils zu beruhigen. Offenbar hatte sie im EPZ einen Ort gefunden, wo sie sich auch in Krisenzeiten genügend sicher fühlte, und sie selbst begann, die Eintritte hinauszuzögern, bis es ihr wieder besser ging. In den letzten zwei Jahren ihres Aufenthaltes im EPZ blieben die Klinikaufenthalte ganz aus.

Die verbale Kommunikation mit Frau A. war ausserordentlich schwierig. Ausser ein paar Wörtern, die sie für den Alltagsgebrauch benötigte, hatte sie kein Deutsch gelernt. Doch die Kommunikation wurde nicht nur durch sprachliche, sondern auch durch schichtspezifische (Frau A. war es nicht gewohnt ihre Probleme verbal auszudrücken) und vor allem psychische Faktoren erschwert. Dies zeigte sich auch in den regelmässigen Sitzungen mit einer Übersetzerin: Kam das Gespräch auf Themen, die sie als bedrohlich empfand, wie Krieg, Konflikte mit Mitbewohnerinnen oder Autonomiewünsche ihres Sohnes, nahm sie Zuflucht zu ihren Schmerzen und brach die Gespräche ab.

Mit den Jahren chronifizierten sich ihre psychischen und v.a. auch körperlichen Symptome, sie war praktisch gehunfähig und benötigte für ihre Arztbesuche ein Taxi. Dem Team gegenüber verhielt sie sich zunehmend fordernd und begann, an der Zuverlässigkeit der BetreuerInnen zu zweifeln. Offenbar fühlte sie sich in den Strukturen des EPZ nicht mehr sicher genug. Aber sie begann auch, ihren Schmerzen eine neue Bedeutung zu geben: Sie setzte sie mit Alter und Ermüdung in Zusammenhang. Erholung – „bequem sitzen“ wie sie es ausdrückte – stand für sie mehr und mehr im Vordergrund eines adäquaten Verhaltens. Für die BetreuerInnen waren es Hinweise, dass der Zeitpunkt für eine engmaschigere Betreuung und auch pflegerische Unterstützung gekommen war. Nach längerer Suche fand die Betreuerin einen Platz in einem Pflegeheim, das unweit vom Wohnort von Frau A.'s Sohn lag. Der bevorstehende Wechsel löste grösste Ängste aus und die Vorbereitung auf den Eintritt dauerte mehrere Monate.

Der administrative Aufwand im Fall von Frau A. war zeitweise enorm (IV-Antrag, jährlich wiederkehrende Gesuche für die Finanzierung des Heim- und Pflegeplatzes, Aufsichtspflicht über das Pflegeverhältnis und damit sämtliche administrativen Belange, die ihren Sohn betrafen usw.).

7.6.3 *Der ethnopsychologische Ansatz im Fallverlauf*

Frau A. wohnte während insgesamt fünf Jahren im EPZ, ihr Sohn während sieben Monaten. Für Frau A.'s Sohn konnte frühzeitig die notwendige Unterstützung für seine soziale Integration vorbereitet werden, und er lebte sich schnell in der Pflegefamilie ein. Durch die Kontinuität in der Familie und durch die jahrelange Begleitung des Pflegeverhältnisses durch die Betreuerin des EPZ konnte eine den Umständen entsprechende günstige Entwicklung gefördert werden.

Bei Frau A. stand hingegen keine Heilung im Vordergrund, sondern eine Unterstützung und Begleitung, mit dem Ziel, einer frühzeitigen Invalidisierung entgegenzuwirken und ihr ein Leben mit den Symptomen zu ermöglichen. Angesichts ihres prekären Gesundheitszustandes stellte sich während ihres ganzen Aufenthaltes immer wieder die Frage nach einer Heimplatzierung (da Frau A. kein Deutsch sprach, war ein Aufenthalt etwa in einer sozialpädagogischen Einrichtung von vornherein ausgeschlossen). Verschiedene Faktoren im Therapieverlauf verhinderten mit der Zeit Klinikaufenthalte und verzögerten eine Heimplatzierung.

Eine zentrale Rolle spielte das niederschwellige Setting des EPZ. Da Frau A. das Haus kaum verliess, war die Präsenz des Teams an Ort und Stelle sehr wichtig. Die Möglichkeit, zu Bürozeiten ohne Anmeldung zur Betreuerin zu kommen und die Kontinuität der Beziehung zu ihr vermittelten Frau A. Sicherheit und einen haltgebenden Rahmen. Dieser Aspekt war für Frau A. zentral: Sie betonte immer wieder, dass sie sich sicher fühlen würde, wenn sie wisse, dass die BetreuerInnen im Büro seien.

Durch die Strukturen des EPZ, die eine gewisse Selbständigkeit der BewohnerInnen voraussetzen (kein Nacht- und Wochenenddienst, selbständiges Bewältigen des Haushalts) wurde eine Chronifizierung hinausgezögert. Dass Frau A. sich während Jahren explizit für ein Leben im EPZ entschieden hatte, ist bereits ein Zeichen von Autonomieerhaltung und Überlebenswille.

Im ethnopsychologischen und in sich niederschweligen Setting des EPZ konnten mit der Zeit auch migrationseigene Ressourcen mobilisiert werden. Während die Betreuerin in den ersten Jahren externe Unterstützungssysteme involvierte (Spitex, Begleitpersonen), um Frau A. das Überleben im EPZ zu ermöglichen, begann Frau A. mit der Zeit, die Hilfsysteme selbst zu organisieren. Sie hatte im Haus ein Beziehungsnetz zu Familien aus ihrem Herkunftsland aufgebaut, die ihr gegen eine kleine Entschädigung bei den Haushaltsarbeiten halfen und für sie kochten. In diesem Fall stellte die Gruppe der MitbewohnerInnen eine therapeutische Ressource dar (vgl. Kap. 5.2, *Zur Bedeutung der Gruppenkonzepte*).

Wie bei vielen anderen KlientInnen war der therapeutische Zugang bei Frau A. nicht vorwiegend über das Gespräch gegeben. Frau A. kam – abgesehen von akuten Krisensituationen – nicht einfach ins Büro, um über ihre Probleme zu sprechen. Auch bei der Psychiaterin, zu der sie all die Jahre über regelmässig ging, war ein therapeutisches Gespräch nicht möglich. Entscheidend bei ihr war deshalb die Arbeit im Alltagskontext, wobei die fürsorgerische Zuständigkeit sehr wichtig war. So kam Frau A. z.B. jeweils montags zur Betreuerin, um ihr Fürsorgegeld zu holen (da sie gut mit Geld umgehen konnte und in ihrer Zurückgezogenheit wenig brauchte, wäre eine wöchentliche Auszahlung nicht nötig

gewesen) und konnte dann erzählen, wie es ihr über das Wochenende ergangen war. Über solch stützende Alltagsrituale konnte sie den Kontakt zur Betreuerin aufrechterhalten.

Gerade bei Frau A. zeigt sich auch die Bedeutung eines kontextbezogenen, ganzheitlichen Ansatzes im Verständnis von Gesundheits- und Krankheitserfahrungen. Ihre Schmerzen und Ängste nur als Krankheit zu interpretieren, hiesse deren Bedeutung zu medikalisieren und zu entkontextualisieren. Frau A.'s zentralstes Anliegen war stets das Wohlergehen ihres Sohnes. In diesem Sinn hatte sie ihr Migrationsprojekt erfolgreich verwirklicht: Sie hat ihren Sohn vor der Gewalt des Vaters und vor dem Krieg in Sicherheit gebracht und ihm ein Leben mit Perspektiven ermöglicht. Der Preis dafür war vorerst ihre eigene Versehrtheit. Frau A. hatte nach ihrer Flucht in die Schweiz versucht, ihre Vergangenheit hinter sich zu lassen und ein neues Leben zu beginnen. Der Versuch endete in einen Zusammenbruch: Die erlittene Gewalt in der Ehe und die Kriegsereignisse, aber auch die Isolation und die unsicheren Bedingungen in der Migration liessen sich nicht mehr verdrängen. Frau A. wurde krank, und die Last der Erinnerung und die permanente Unsicherheit lagerten sich in ihrem Körper ab, der schwach und unförmig wurde.

Dennoch kam auch bei Frau A. das Potential des Übergangsraums zum Tragen. Hier konnten die migrations- und krankheitsbedingten Brüche ansatzweise aufgefangen werden, wie die Trennung von ihrem Sohn und die Kontaktaufnahme mit ihrer Familie. Hier vollzog Frau A. auch den Übergang zum Alter, was in unserer Gesellschaft früh erscheinen mag, für Menschen mit ihrer Lebensgeschichte jedoch angemessen sein kann.

7.6.4 *Prognosen*

Über ihre Besuche bei Frau A. weiss die Betreuerin, dass Frau A. sich im Pflegezentrum, wo sie rund um die Uhr betreut wird, wohl fühlt. Erleichternd wirkt sich auch aus, dass in diesem Heim bereits eine andere EPZ-Klientin aus demselben Herkunftsland wohnt, was der Isolation entgegenwirkt. So hat Frau A. im Heim einen sicheren Ort gefunden, einen geschützten, verlässlichen Rahmen, der ihrem Gesundheitszustand, der weiterhin instabil ist, angemessen ist.

Bis heute – ein Jahr nach ihrem Austritt aus dem EPZ – waren Klinikaufenthalte nicht mehr nötig, was für die Nachhaltigkeit der therapeutischen Massnahmen spricht.

Ein Stressfaktor ist und bleibt für Frau A., die bereits seit über 10 Jahren in der Schweiz lebt, ihr unsicherer Status. Die Angst, die Schweiz verlassen zu müssen ist bei ihr allgegenwärtig, und bis heute löst jeder amtliche Brief den sie erhält, massive Ängste bei ihr aus. Ein sicherer Aufenthaltsstatus würde sich gesundheitsfördernd auswirken.

Eine Rückkehr ist bei Frau A. auch künftig ausgeschlossen. Als allein erziehende, psychisch und physisch kranke Frau hätte sie keinerlei ökonomische und soziale Überlebensmöglichkeiten in ihrem Herkunftsland, eine Rückkehr würde ihren sozialen Tod bedeuten (vgl. Kap. 5.7, *Gender, Migration und Gesundheit*).

Frau A.'s Sohn kann eine günstige Entwicklung prognostiziert werden. Seine Beziehungen zu den Pflegeeltern und deren Kindern sind gut, und er unterscheidet zwischen seiner Mutter und seiner Pflegemutter. Den Kontakt zu seiner Mutter hält er aufrecht und besucht sie auch im Pflegeheim regelmässig. Kürzlich hat er eine Lehrstelle gefunden und wird bald die Schweizer Staatsbürgerschaft beantragen können.

7.6.5 Empfehlungen

Um eine frühzeitige Invalidisierung zu verhindern und damit einen Heimaufenthalt hinauszuzögern, können folgende Ansätze des EPZ als potentiell wirksam gelten: Einerseits das niederschwellige Angebot des EPZ, das einen haltgebenden Rahmen bietet, andererseits Strukturen, die eine gewisse Selbständigkeit der BewohnerInnen voraussetzen. Auf diese Weise können gesundheitsfördernde Ressourcen erhalten und mobilisiert werden, wie die Verlaufsstudie von Frau A. zeigt. Gleichzeitig braucht es aber auch qualifiziertes Personal, das einschätzen kann, wann der Zeitpunkt für eine Heimplatzierung einer kranken Person gekommen ist.

Frau A. brauchte das EPZ als Übergangsraum, wo der Zugang über den Alltag und über Rituale (wie Geldauszahlungen) oft der einzig mögliche ist. In diesem Setting konnte Frau A. ihre Geschichte, ihre Anliegen und Probleme zur Sprache bringen, und erst in einem solchen Kontext war ein Verstehen ihrer Bedeutungs- und Erlebnisebene überhaupt möglich. Bei KlientInnen wie Frau A. ist deshalb eine Betreuung, die auch die fürsorgliche Zuständigkeit einschliesst, angezeigt.

Zur Bedeutung des niederschweligen Angebotes des EPZ für psychisch kranke/traumatisierte Frauen siehe Kap. 5.7, *Gender, Migration und Gesundheit*.

7.7 Verlaufsstudie Familie O.

Abstract:

Die Familie aus Südosteuropa, die den Status F (vorläufige Aufnahme) besitzt, lebt seit vielen Jahren in der Schweiz. Sie leidet ebenso an unverarbeitet gebliebenen Kriegserlebnissen wie an der Schwierigkeit, mit dem Leben in der Migration zurecht zu kommen. Die Eltern sind fürsorgeabhängig, depressiv und oft körperlich krank. Die Kinder, die durch das Elternhaus emotional belastet sind, werden in ihrer Entwicklung behindert und sind dabei, in der Schule „verhaltensauffällig“ zu werden. Die Fallstudie zeigt die ausserordentliche und oft auch die TherapeutInnen des EPZ überfordernde Arbeit, die immer wieder versucht, durch ein Betreuungskontinuum inneren und äusseren Zerstörungen der Familie entgegenzuwirken. Neuen psychischen und sozialen Brüchen soll so entgegengewirkt werden.

7.7.1 „Kopf in der Schweiz und Herz in der Heimat“ (Frau O.)

Die fünfköpfige Familie O. ist eine Familie muslimischer Glaubenszugehörigkeit aus Südosteuropa. F., ein Junge, ist 18 Jahre, B., ebenfalls ein Junge, ist 14 Jahre und A., ein Mädchen, ist 12 Jahre alt. Die Familie O. wird seit ein paar Jahren vom EPZ betreut. Frau O. hat noch zwei Kinder aus erster Ehe, die im Herkunftsland leben und zu denen sie telefonisch Kontakt hat. Die Familie besitzt den Asylstatus F und ist gänzlich von der Fürsorge abhängig. Vor ihrem Eintritt in das EPZ wurde die Familie in einer Landgemeinde betreut. Dort kam es zu starken Konflikten der Familienmitglieder mit den AsylbetreuerInnen und den BewohnerInnen der Gemeinde. Die Familie O. beklagte sich über Diskriminierungen und beantragte, die Gemeinde zu wechseln. Eltern wie Kinder leiden ebenso an den Problemen der Migration wie an traumatischen Erlebnissen während des Krieges im Herkunftsland, die bis heute unverarbeitet geblieben sind und auf die Gegenwart ihre unheilvollen Schatten werfen. Dennoch vermisst Frau O. ihre Kinder aus erster Ehe und ihre „Heimat“, die durch den Krieg zerstört worden ist und spricht offen vom Heimweh. Das narrative Erinnern mithilfe des Therapeuten im EPZ stellt immer wieder ein Versuch dar, einen Ausweg aus dem vielschichtigen Trauma zu finden und ist als Bewältigungsversuch für das Leben in der Gegenwart von Bedeutung.

7.7.2 „Angst im Herzen“ und „die Augen und Herz tun weh“ (Frau O.)

Die Familie war, wie Frau O. erzählt, während der Kriegsjahre drei Jahre auf der Flucht und musste viele Orte wechseln. Sie war wiederholt und lange lebensgefährdender Todesnähe und anhaltender Schutzlosigkeit ausgesetzt, die Ursache für Angst und Schrecken waren. Frau O. musste auf der Flucht mit ihren Kindern Krankheit, Obdachlosigkeit, Hunger und Kälte erleiden. A., die jüngste Tochter von Frau O., wurde zu Beginn des Krieges in einem Flüchtlingslager geboren. Es war keine Hilfe anwesend. Massive Ängste, Verzweiflung, Verantwortungsgefühle für ihre Kinder und die Angst, sie zu verlieren, waren die ständigen Begleiter von Frau O. Der Hunger versetzte die Mutter und die Kinder in ständige Todesangst. Frau O. hat Angst vor den Bildern des Krieges, die sie nicht mehr vergessen kann und die sich in ihr Gedächtnis eingebrannt hätten. Wie ein Computer habe sie die Bilder gespeichert und werde sie nicht mehr los. Feuer, Bomben und zerstückelte Leichen, meint Frau O. Die drei älteren Kinder aus erster Ehe waren im Krieg verschwunden bzw. sind vom ersten Ehemann von Frau O. entführt worden. Sie hat erst nach dem Krieg wieder Kontakt zu ihnen gefunden. Verwandte von der Familie sind im Krieg umgekommen oder ermordet worden. Der Mann von Frau O., Herr O., war das Opfer physischer Gewalt durch feindliche, marodierende Banden und ein Opfer von gezielten Misshandlungen, ein Zeuge von Folter und Tötungen. Er wurde geschlagen, und war als Mann, der gezwungen wurde, ohnmächtig den Misshandlungen Verwandter beizuwohnen, Opfer von Entwertungen und Demütigungen. Die Frauen seiner Familie wurden Opfer von Vergewaltigungen und Herr O. wurde gezwungen, zusehen. Es sind einschneidende und schambesetzte Erlebnisse, die ihn verfolgen und über die er kaum spricht. Die Erinnerung daran fällt ihm schwer. Vielmehr wirkt Herr O. verstört und scheint daran zerbrochen zu sein.

7.7.3 „Viel Angst und immer nervoos“. „Herz und Kopf kaputt“ (Frau O.)

Die existentielle Lebensgrundlage der Familie ist nach Jahren in der Schweiz noch immer ungesichert. Die Familie hat den F-Status und ist zur Gänze von der Fürsorge abhängig. Geringste Verunsicherungen lösen starke Besorgnisse aus. Herr und Frau O. leiden beide an diffusen Ängsten, die sich bei Frau O. zu Ausbrüchen von Verzweiflung und zu Panikattacken steigern können. Frau O. hat Angst und macht sich viele Gedanken, die um ihren Körper und ihre Gesundheit kreisen. Sie klagt viel über ihr Leiden, das ebenso diffus ist wie ihre Ängste diffus sind, die um Leben und Tod kreisen. Sie hat Angst, unheilbar krank zu sein. Frau O. leidet an Schmerzen, die scheinbar ziellos im Körper umher wandern und die unterschiedlichen Organe befallen. Sie hat Angst an einem Hirntumor zu sterben, Angst herzkrank zu sein, Angst vor Unterleibskrebs. Weil sie unkonzentriert war, ist sie

zweimal innerhalb kürzerer Zeit hingefallen und hat sich am Bein verletzt. „Weil ich mit den Gedanken weg war“, sagt sie. Sie hat Angst, in der Berufsfindung in der Schweiz zu versagen. Sie hat Angst um das Wohl und die Entwicklung der Kinder, um die sie ständig besorgt ist und die sie eng an sich bindet. Wenn Frau O. nicht schlafen kann oder sie tagträumt, kreisen ihre Gedanken um die Zukunft ihrer Kinder. „Die Kinder sollen es einmal besser haben als ich“, sagt sie. Wenn sie die Sirenen des Notfallwagens auf der Strasse hört, schreckt sie auf und meint, ihre Kinder seien verunglückt. Sie hat Angst, mit ihren Kindern aus der Schweiz ausgeschafft zu werden. „Einmal kommt eine Zeit, wo ich ohnehin gehen muss“, sagt Frau O. resigniert. Wie ihr Mann leidet Frau O. an Schlafstörungen, Depressionen, an ständiger Erschöpfung und Nervosität. Herr O. ernährt sich ungesund, ist ständig bedrückt und verbringt die Nächte wach und raucht Zigaretten. Er klagt immer wieder über Magenschmerzen, die trotz einer intensiv medizinischen Behandlung durch einen Facharzt erneut wiederkehren. Herr O. drückt sein Leiden ebenso wie Frau O. über seinen Körper aus. Er suche, so sagt er, noch immer einen Arzt, der ihm „wirklich helfen“ könne.

Es ist bekannt, dass traumatische Belastungen sich einer psychischen Bearbeitung entziehen und sich unter Umständen erst nach Jahren als körperliche Symptome zeigen. Es scheint, als ob die angstbesetzten Erlebnisse, die Frau O. und Herr O. erlebt haben, selbst nach vielen Jahren des Asyls in der Schweiz nie aufgehört hätten, dauernden Schmerz verursachen. Das Erlebte aber, das die Todesängste verursacht hat, entzieht sich nach wie vor einer sprachlichen Symbolisierung. Einer Bewusstwerdung der belastenden Erinnerungen wird von Frau und Herrn O. ein beharrlicher Widerstand entgegengesetzt. Das Erzählen, das Erinnern an das Schreckliche, das die Voraussetzung für eine emotionale Verarbeitung eben desselben sein könnte – das meint zumindest der Kanon der Psychotherapie – ist noch nicht gelungen. Frau O. und Herr O. haben ihre externe ambulante Psychotherapie, die sie aufgenommen haben, bereits nach kurzer Zeit wiederum abgebrochen und sind auch nicht bereit, sie wieder aufzunehmen. Wegen Verhaltensauffälligkeiten werden die seelisch belasteten und in ihrer Entwicklung gefährdeten Kinder komplementär zur Behandlung im EPZ von SchulpsychologInnen betreut.

7.7.4 Ständige Brüche und Marginalisierungsdruck

Die Eltern stehen der Schweiz sehr distanziert bis ablehnend gegenüber, obgleich sie schon so lange hier sind. Der Lebensalltag, den die BetreuerInnen durch ihre Präsenz mit der Familie erleben, gestaltet sich mit der Familie mitunter deshalb als schwierig, weil Herr O. und Frau O. aus einem Gefühl der ständigen Ohnmacht und Überforderung heraus dazu neigen, jede Verantwortung von sich zu weisen, die Schuld an ihrem Schicksal zu externa-

lisieren und äusseren Mächten zuzuschreiben. Gleichzeitig sind sie spürbar erzürnt über die Abhängigkeit vom EPZ, besitzen aber nicht die Kraft einen Schritt in eine grössere Autonomie zu machen, bzw. sich von den Abhängigkeiten zu befreien. Wenn, um nur ein Beispiel aus dem EPZ-Alltag zu nennen, offizielle Dokumente und Schreiben von Behörden oder Krankenanstalten, die an Frau O. adressiert sind, eintreffen, weist Frau O. sie demonstrativ von sich, gerade so als ob sie mit ihnen nichts zu tun haben wollte und bringt sie in das Büro. Das Angebot, an einem Deutschkurs der Asyl-Organisation teilzunehmen, ist von der Familie abgelehnt worden.

Die Brüche, die in der Migration aufgetreten und mit der Erinnerung an vergangene Ängste und Not (Krieg und Verfolgung) assoziiert sind, werden ausschliesslich dem Versagen äusserer Instanzen zugeschrieben. Herr und Frau O. verlassen nie die Opferposition und fühlen sich verfolgt, benachteiligt oder in ein ständiges Unrecht gesetzt. Damit werden die Personen und Institutionen, die versuchen, der Familie (wenn auch mit begrenzten Mitteln) Hilfe anzubieten, derer sie bedürfen, ständig unter extremen Handlungsdruck gesetzt und gleichzeitig für das Scheitern verantwortlich gemacht. Die mobilisierten Hilffssysteme werden nicht zuletzt durch das Agieren der Familie – wie es in der Landgemeinde geschehen ist, in der die Familie untergebracht war, bevor sie in das EPZ eingetreten ist – gegeneinander aufgebracht. Die Leidensgeschichte der Familie ist enorm und die Not ist eine permanente. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass komplementär zum psychischen Notstandsszenario der Familie die sozialen Strukturen (der soziale Kontext) in denen Asylsuchende leben, an und für sich mangelhaft und prekär sind. Der Notstand ist somit auch ein strukturell bedingter Notstand. Die inneren und äusseren Notlagen potenzieren sich zu einem unheilvollen Gemisch und führen in regelmässigen Abständen zu „explosiven psychischen Entladungen“. Der Appell der Familie an „den Anderen“, den psychischen und realen Mangel zu beheben, wird zum ständigen Lebensbegleiter und führt nur allzu oft zur Überforderung der mit der Familie befassten Asyl- oder FachbetreuerInnen.

7.7.5 Strategien und Spuren der Selbstbehauptung in der Fremde

In dem Fall Familie O. zeigt sich nebst dem enormen Kraftaufwand, den die Migration für die Familie, die einer diskriminierten Minorität angehört, bedeutet, einmal mehr die Langwierigkeit der Nachwirkungen der traumatischen Kriegserlebnisse. Zu dem Zeitpunkt als die Familie in das EPZ eingezogen ist, hat sie die Haustüre rot gestrichen, damit „die Kinder ja die Wohnung finden und nur nicht verloren gehen würden“, wie sie meinten. Es ist eine Problematik der Migration von Flüchtlingen, die einer sozialen Unterschicht angehören und im Herkunftsland als Minorität verfolgt und unterdrückt worden sind. Die Familie O. ist im Erlangen-Können von relativer Autonomie und Handlungsfähigkeit im

Exilland Schweiz sehr eingeschränkt. Sie darf den Ort, wo sie wohnen will, nicht selbst bestimmen. Es fehlt ihnen die Voraussetzung an Bildung generell, speziell an einer Berufsausbildung. Die „Skills“ und Potenzen sind für die erfolgreiche Selbstbehauptung in einer modernen Gesellschaft wie der Schweiz vorteilhaft. Fehlen diese „Skills“, erhöht das zwangsläufig den Marginalisierungs- bzw. den Leidensdruck der Familie. Die Kinder leiden mit ihren Eltern. Der Einstieg der Familie O. in die normale Berufswelt scheitert ständig, oder er wird nach kürzester Zeit wieder abgebrochen, was von den Eltern, die sich ohnehin entwertet fühlen, erneut als Scheitern und Kränkung bzw. als Zurückweisung erlebt wird und wiederum Ängste, Depressionen und (Auto-) Aggressionen auslöst.

Das Über-Lebensskript, das vermutlich bereits vor dem Krieg von Bedeutung und verfügbar war, wird in die Schweiz transferiert und stösst da auf Widerstand der Behörden. Herr und Frau O. handeln mit gebrauchten Fahrrädern und Flohmarktsachen, was ihnen Strafanzeigen einbringt, weil ihr Status als Asyl Suchende den Handel nicht erlaubt. Die erste Sorge, welche die Familie äusserte, als sie in das EPZ eingezogen ist, war die Frage nach einem Ort, wo sie ihre Flohmarktsachen deponieren könne. Die Teilnahme an Beschäftigungsprojekten, die von der Asyl-Organisation angeboten werden, um den Asyl Suchenden zu helfen, den Tag sinnvoll zu strukturieren, haben sie mit der Begründung abgebrochen, das Geld sei ihnen zu wenig, und sie würden nur eine echte Arbeit akzeptieren. Den vom EPZ vorgebrachten Argumenten gegenüber, sie mögen doch den psychologischen und praktischen Nutzen und Sinn eines Beschäftigungsprojektes für sich erkennen, sind sie nicht zugänglich. Sie akzeptieren nur eine „richtige Arbeit“, die sie, wenn sie sie über die Arbeitsvermittlung der Asyl-Organisation erhalten, im nächsten Moment wiederum abbrechen. Was der Familie Halt gibt und sich emotional stabilisierend auf sie auswirkt, ist das Eingebundensein in das soziale Netz der ExilantInnen in der Schweiz. Der Kontakt untereinander wird im Exil in der Schweiz gepflegt. Die Verwandten besuchen sich regelmässig gegenseitig.

7.7.6 Ein Kind: „In meiner Heimat, wenn die Mama und das Mädchen getauft werden, dann sind es Zwillinge, die Gleiches denken und fühlen“ (A., Tochter von Frau O.) „F. ist nicht normal“ (Frau O. über ihren ältesten Sohn).

Die Eltern sind dem Exilland gegenüber ablehnend. Die Familie beharrt noch nach vielen Jahren des Aufenthalts in der Schweiz auf ihrem Lebensstil und lässt sich wenig auf neue Sinnzusammenhänge im Exil ein. Die Eltern sind fixiert auf die eigene Kultur und insistieren darauf, dass auch die Kinder wenig von der Schweiz annehmen sollen. Sie denken daran, die beiden jüngeren Kinder, die gleichzeitig ihre einzige Hoffnung sind, wie sie dem

Betreuer gegenüber betont haben, aus der Schule zu nehmen, weil andere Kinder sie negativ beeinflussen würden und A. und B. aus dem Grund in der Schule gefährdet seien. A. und B. sind in der Vorpubertät, orientieren sich verstärkt an den anderen Kindern in der Schule, übernehmen deren Verhaltensweisen und sind dabei, den Eltern fremd zu werden. Die Kinder leiden unter den seelischen Beschwerden der beiden depressiven Elternteile. Besonders Herr O. ist affektiven Verstimmungen ausgesetzt, die er die Kinder wissen lässt. Frau O., die ihren Kindern herzlich und liebevoll zugetan ist und eine familienintegrative Rolle ausübt, ist auf Grund einer Überforderung zeitweilig psychisch zurückgezogen und mit sich selbst beschäftigt. Frau O. ist in den Zeiten der eigenen Angst und Not von ihren quälenden Gedanken dann so eingeengt, dass sie die Kinder bzw. die Bedürfnisse der Kinder nach Anerkennung und Aufmerksamkeit nicht entsprechend wahrnehmen kann. Manchmal ist die Mutter für die Kinder emotional überhaupt nicht erreichbar. Herr O. ist als Vater meist völlig absent und zurückgezogen. Die Kinder kommen, um nur ein Beispiel aus dem EPZ-Alltag zu nennen, gelegentlich in das Büro und bitten den Betreuer, ihnen die Wohnung aufzuschließen, weil sie von den Eltern vergessen worden sind. Die Kinder leiden eindeutig mit unter den Belastungen der Eltern, die nicht in der Lage sind, ihnen Sicherheit und Orientierung zu bieten. Die Kinder sind wie die Eltern davon bedroht, selbst zu erkranken. Das Mädchen leidet wie ihre Mutter häufig unter körperlichen Schmerzen. Die Kinder wirken, wenn sie das Büro besuchen, entweder bedrückt und gehemmt oder sind in ihrer Lebendigkeit rastlos und schwer zu disziplinieren. Ein Verwandter der Familie, Herr K., übernimmt Mitverantwortung für die Kinder und unterstützt Frau O. in den Erziehungsaufgaben. Herr K. ist in der Funktion jedoch überfordert und beklagt sich regelmässig beim EPZ. Er meint, dass er bald nicht mehr könne.

A. und B. gehen gern in die Schule. Sie geraten durch die soziale Einbindung in die Schule, die von bemühten LehrerInnen unterstützt wird, in einen Loyalitätskonflikt mit den Eltern, die der Schule skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen. Die Schule ist in einer geradezu vorbildlichen Art und Weise um die Kinder A. und B. bemüht. Die Kinder, die bereits verhaltensauffällig geworden sind, sind in der Initiative und spontanen Entdeckungslust der „neuen“ Schulwelt entweder gehemmt oder völlig distanzlos. Es gibt Zeiten, in denen die LehrerInnen und das Personal vom schulpsychologischen Dienst, die ihre Sorge um die Kinder geäußert haben, versuchen, die Mutter und die Kinder bei Hausbesuchen zu unterstützen. Sie bemerken aber die Abwehr der Mutter und deponieren ihre Ohnmacht als Klage im Büro.

Die Kinder leiden eindeutig unter den Belastungen der Eltern, die nicht in der Lage sind, ihnen Sicherheit und Orientierung zu bieten. Im Gegenteil. Die Kinder sind völlig verunsichert und davon bedroht, dissozial oder delinquent zu werden. Das Mädchen A. ist in der Schule bereits verhaltensauffällig geworden. Sie begeht kleine Diebstähle. An die Vor-

mundschaftsbehörde ist bereits ein Gesuch um einen Beistand für die beiden Kinder A. und B. gerichtet worden.

Die Ablösung des ältesten Sohnes F. von der Familie und sein Erwachsenwerden gestaltet sich extrem dramatisch und löste in jüngster Vergangenheit ständige familiäre Krisen aus. F., der im Land seiner Herkunft nur wenig Gelegenheiten hatte, die Schule zu besuchen, wie er verschämt erzählte, ist zuerst in der Schule und dann in der Folge in den Projekten der Asyl-Organisation, die ihm als Schulersatz angeboten wurden, völlig gescheitert. Er ist mehrfach delinquent geworden, und die Jugendanwaltschaft überlegt zur Zeit für ihn eine Massnahme bzw. eine Fremdunterbringung in einem Heim. Frau O. meint, er sei ein „schlechter Junge und krank und nicht normal“ und sie könne sich nicht erklären, weshalb er so geworden sei. Im Herkunftsland würden die Kinder – nicht wie hier in der Schweiz – auf ihre Eltern hören, meint Frau O. Frau O. ist ihrem ältesten Sohn F. gegenüber extrem ambivalent und verstosst ihn, wenn er ihr nicht gehorcht. In den Momenten des Ungehorsams, wenn F. versucht, selbstständig über sein Leben zu bestimmen, betont sie, F. sei nicht mehr ihr Kind. Im nächsten Moment hat sie Angst um ihn. Der Vater von F. eignet sich wenig als Identifikationsfigur für F., weil er zum einen nicht der leibliche Vater sondern der Stiefvater ist, zum anderen weil er nicht zuletzt durch seine Erfahrungen im Krieg schwach und hilflos geworden und in den Augen der Mutter von F. ein Versager ist. Der Vater ist auf Grund der Belastungen erkrankt und bräuchte selbst Hilfe, die er aber ablehnt. Herr O. beklagt sich über die Respektlosigkeit von seinem Stiefsohn F. Herr O. vermag die kulturellen Differenzen nicht aufzuweichen, sondern verharret in der Abwehr allem Fremden gegenüber. F., der sich von seiner Familie abwendet, findet Halt und Orientierung in einer subkulturellen Peergroup, die kriminelle Delikte begeht.

Mit Herrn O. über seine Probleme mit der Frau und in seiner Rolle als Vater zu sprechen, ist zu sehr mit Scham besetzt. In Phasen des Überdrusses und restloser Entwertung durch seine Frau und der Selbstentwertung, kommt er, gleich einem trotzigem Kind, bedrückt in das Büro und verlangt die Papiere, weil er die Familie verlassen und in das Herkunftsland zurückkehren will. Selbst seine Kinder würde er verlassen, wenn er zu Zeiten das Gefühl hat, für niemanden wichtig zu sein oder nicht gebraucht zu werden. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Eltern an den Erziehungsaufgaben scheitern, und die Probleme scheinen, je länger sie in der Schweiz sind, nicht weniger, sondern mehr zu werden.

7.7.7 Der ethnopsychologische Ansatz im Fallverlauf: Vom Raum und Subraum, der von ständiger Zerstörung bedroht ist

Auf dem Hintergrund des Konzeptes einer Holding- bzw. einer Containingfunktion gelang es, die Familie über eine geraume Zeit hinweg „relativ“ zu stabilisieren und zu entängstigen. „Aktive Präsenz“ und „Raum geben“ im EPZ-Alltag bedeutete im Fall der Familie O. vor allem ein „Gefäß“ bzw. ein „Behälter“ zu sein, der auf die ständigen Ängste und die Not der Familie beruhigend wirkt. Es ist ein Angebot, von dem die Erwachsenen wie die Kinder regelmässig Gebrauch machen. Allein die Vergewisserung, dass jemand im Büro ist, wirkte auf Frau O. manchmal schon entängstigend. Frau O. und Herr O. haben ein ambulant einzeltherapeutisches Setting abgebrochen. Der Versuch, mit der Familie in einem familientherapeutischen Setting extern zu arbeiten, ist auch gescheitert. Eine Psychologin der Asyl-Organisation Zürich, die die Muttersprache der Familie spricht, und ein Fachbetreuer haben gemeinsam begonnen, in einem Sub-setting bzw. in einem „mit der Familie vereinbarten Subraum“ zu arbeiten und dort versucht, Konflikte wahrzunehmen, anzusprechen und unterstützend zu bearbeiten. Früh hat sich aber gezeigt, dass Vereinbarungen ohne Vorankündigungen gebrochen wurden, Familienmitglieder nicht erschienen und unregelmässig teilnahmen. Frau O. war noch die Verlässlichste, und die beiden jüngeren Kinder, die ihre Gefühle über Zeichnungen ausdrückten, nahmen relativ oft daran teil. Herr O. war fast nicht zugänglich. Er weigerte sich, trotz wiederholter Einladungen und Aufforderungen, an den Gesprächen teilzunehmen oder boykottierte sie gänzlich. Wenn er daran teilnahm und aktuelle Probleme angesprochen wurden, hat er es abgelehnt, darüber zu sprechen oder das Gespräch gezielt auf alltagspraktische Themen (Wohnungsreparaturen, Geld, Budget) umgelenkt. Trennungswünsche des Paares standen und stehen oft im Raum. Sie machen Angst. Beziehungsprobleme sind für Herrn O. jedoch Privatsache, die niemanden etwas angehen. Herr O. besitzt eine paternalistische Auffassung von Männlichkeit und Ehre. Es ist eine Rolle, die er als gedemütigter Mann nicht ausfüllen kann.

Der Mangel an Struktur ist ein grundsätzliches Problem der Familie. Das „Chaos“ und das Brüchige“ zeigt sich im EPZ-Alltag ebenso wie im vergleichenden Mikroskop des Subraumes. Dennoch hat sich das Sub-setting – das ursprünglich als ein Versuch gedacht war, dem Splitterhaften ein mehr an Raum zu geben – trotz der ständigen Schwierigkeiten, Vereinbarungen einzuhalten, als sinnvoll erwiesen und ist seit einer geraumen Zeit fest im EPZ-Alltag institutionalisiert. Der Subraum hat sich als Ausdrucksraum für Ereignisse – die Eltern haben gesprochen und die Kinder haben gezeichnet- trotz ständiger Krisen als resistent erwiesen. Selten nehmen alle Familienmitglieder an den vereinbarten Gesprächsterminen teil, aber es wird immer wieder aktiv nach dem Subraum gefragt, und die Gespräche werden überraschenderweise immer dann stark eingefordert, wenn sie einmal ausfallen. Manchmal, wenn in den Familiensitzungen der Vorhang der Not für einen Augenblick bei

Seite geschoben wurde, ist all die Lebendigkeit und die Zuneigung der Familienmitglieder, die sie füreinander empfinden, sichtbar geworden.

Bei allem vorsichtigen und punktuellen Gelingen und der erarbeiteten „Verständigung“ überwiegt in der Familie das Prinzip der Negativität. Das Nicht-Gelingen-Wollen des Lebens im Exil bleibt übermächtig, und es bietet wenig Perspektive. Die Last der Vergangenheit, die Kontinuität anhaltender Entwertungen und Selbstentwertungen, stellen für die Gesundheit der Familie eine grosse Gefahr dar. Die systematische Zerstörung und Schädigung des Selbst war einst die Absicht ihrer Peiniger und Folterer, die in ihnen weiterleben. Bei der geringsten Belastung regredieren Herr und Frau O. auf eine machtvolle Stufe analer Zerstörungswut. In Zeiten grösster Not zeigen sie ihren Zorn auf das EPZ und werfen die Sachen zum Fenster raus in den Innenhof des Hauses und beschädigen damit symbolisch die „schützende Hülle“. Dann sind das Büro und die BetreuerInnen, der innere und äussere haltgebende Raum, davon bedroht, durch Aggressionen symbolisch zerstört zu werden. Feindselige Gefühle werden wachgerufen, und das EPZ als ein Ort der Sicherheit wird in dem Augenblick restlos entwertet. Die BetreuerInnen mutieren zu einem negativen Objekt der feindseligen Übertragung und werden entwertet bzw. zum „verfolgten Verfolger“. Die BetreuerInnen leiden dann unter Erschöpfungszuständen, werden mit ihren eigenen Grenzen, ihrem „eigenen Fremden“ und „Ver-rückten“ konfrontiert und haben alle Mühe die Empathie aufrecht zu erhalten. Das „containing containment“ (Bion) feindseliger Impulse, d.h. die komplexen „realen und psychischen Müll-Metamorphosen“ sind dabei für die BetreuerInnen extrem belastende Betreuungssequenzen und nur schwer, bzw. nur gemeinsam in der Gruppe auszuhalten. Es bedarf sorgfältiger gemeinsamer Reflexion und Intervision, um in den entfesselten Momenten nicht mit-zu-agieren und zum „Täter“ zu werden. Das Aushalten- Können und das gemeinsame Durchleben von belastenden Sequenzen der EPZ-BetreuerInnen gemeinsam mit der Familie O. ist jedoch für Herrn und Frau O. bedeutsam, weil sie die Erfahrung machen können, nicht erneut „verfolgt“ und „zerstört zu werden“ und „selbst zu zerstören“.

Der Fall O. ist, wenn die Administration für alle fünf Familienmitglieder einberechnet wird, sehr arbeitsaufwändig und zeitintensiv. Eine verbindliche Struktur zu finden, ist für alle Beteiligten schwierig. Es ist ein alltäglicher Kampf darum. Die Verlässlichkeit von Abmachungen wird ständig unterwandert oder umgestossen. Die getroffenen Vereinbarungen verlieren leicht ihre Gültigkeit, und das Chaotische und Verwirrende erhält leicht die Übermacht über eine strukturgebende Instanz. Das Chaotische wird zu einer ständigen Quelle der Gefühle neuer Hilflosigkeit, Ohnmacht und Aggressionen, die ihr Echo in der Gegenübertragung der FachbetreuerInnen findet, die sich in Zeiten der Verwirrung ohnmächtig fühlen und gleichzeitig unter extremen Handlungsdruck gesetzt werden. Die Ar-

beit mit der Familie bedeutet ständig von Neuem einen hohen Reflexionsaufwand aufzubieten, um nicht mitzuagieren und sich einem hektischen Aktionismus zu überantworten.

7.7.8 *Andauernde Not und Krankheit als Entlastung*

Erstaunlich ist der hartnäckige Widerstand gegenüber Veränderungs- und Entwicklungsschritten und vor allem die Vergeblichkeit aller Bemühungen der Eltern, mit dem Leben in der Schweiz einigermaßen zurecht zu kommen. Allerdings besitzen die Probleme, die sie in der Schweiz haben und die sie bewältigen müssen, gemessen an der Extremerfahrung, die sie im Krieg erlebt haben, eine völlig andere Dimension. Die Verfolgung ist vorbei und ist doch auch nicht vorbei, weil alte Ängste und Erlebnisse in Form von Flashbacks in die Gegenwart hineinspielen. Nach wie vor ist die Frage offen und von Bedeutung, wie es der Familie gelingen kann, eine positive Entwicklung fertig zu bringen, indem ihr der Übergang von einer Lebensphase permanenter Angst und Not in eine Phase der Ruhe und Autonomie in der Schweiz als sicherer Ort gelingen könnte.

Die Familienangehörigen der Familie O. erscheinen wie übriggebliebene einer versunkenen Welt, die durch den Krieg zerstört wurde. Manchmal, wenn man Frau O. nach einer schönen Erinnerung fragt, erzählt sie von einer Zeit vor dem Krieg. Sie scheinen als Menschen zweiter Klasse für immer gebrochen worden zu sein. Sie entwickelten bislang nicht die notwendige Kraft, sich davon zu erholen.

Die mehrdimensionalen belastenden Faktoren, die sich gegenseitig verstärken, wie die unverarbeiteten Erlebnisse im Krieg und die über Jahre hinweg anhaltenden Migrationsprobleme, legen der Familie emotionale Blockaden und Hemmungen auf, die unüberwindbar erscheinen. Es ist ihnen bislang – selbst mit der Unterstützung der Angebote der Asyl-Organisation (Beschäftigungsprojekte, Hilfe bei der Arbeitsvermittlung) – nicht gelungen, festen Boden unter den Füßen zu gewinnen und unabhängiger zu werden. Die Eltern machen Versuche, scheitern ständig von Neuem und ziehen sich in der Folge gekränkt vom Exilland in die Privatheit zurück, werden depressiv, streiten als Paar miteinander und beschuldigen sich gegenseitig, zu wenig für ein Gelingen des Lebens im Exil beizutragen. Alle Bewältigungsversuche und -strategien, das Leben zu meistern, brechen, selbst wenn sie kurzfristig gelingen, immer wieder in sich zusammen. Alles was begonnen wird, wird nach kurzer Zeit wieder abgebrochen und erfährt eine zerstörerische Entwertung.

Durch das anhaltende Scheitern in der Berufsfindung, durch den Mangel an sozialer Anerkennung und durch das Versagen in der Rolle als Eltern – sie sind in der Elternrolle ver-

zweifelt und überfordert und leiden an Schuldgefühlen ihren Kindern gegenüber – wird ihr zerbrochenes Selbst im Kontinuum ihres Lebens ständig von Neuem destruktiv entleert und entwertet. „Besser tot“ sagt Frau O. Der Gedanke an Suizid wird von Frau O. und Herrn O. offen geäußert. Die anhaltenden Belastungen führen zu einer Häufung von Krankheiten und zu regelmässigen Arztbesuchen. Herr und Frau O. sind davon bedroht, dass ihre Leiden auf einer körperlichen Ebene chronifiziert werden. Der Eindruck besteht, dass die Krankenrolle eine Ersatzidentität anbietet und für Frau O. und Herrn O. die einzige sozial erfolgreiche Strategie ist, sich in der Schweiz soziale Anerkennung und (Selbst-)Achtung zu organisieren. Die dringend ersehnte Anerkennung erfolgt groteskerweise über das Krank-Sein und führt zu einer Fixierung auf die Symptomatik. Es scheint geradeso, als ob der Kontakt zum Arzt für Frau O. ein Ort ist, der Prestige verspricht. „Organisieren sie mir einen Termin bei Dr. H., schnell, die Schmerzen sind gross, nur er kann helfen“, meinte Frau O. wiederholt. Wenn der Arzt Medikamente verschreibt, kann er kurzfristig Gewissheit, Beruhigung und Sicherheit schaffen. Neben der Steigerung an Achtung bietet die Krankheit Frau O. eine Entlastung von ihren Schuldgefühlen an, die auf ihr Gefühl eine „nicht genügend gute Mutter“ für ihre Kinder zu sein, zurück zu führen ist.

Das Leidenssyndrom der Familie O., das sich zusammensetzt aus diffusen Ängsten, Depressionen, körperlichen Beschwerden, ist Folge der Lager- und Kriegszeit, der beschwerlichen Flucht, die nicht wirklich zu Ende geht und den anhaltenden Enttäuschungen in der Schweiz. Der Status der vorläufigen Aufnahme perpetuiert die ständige Lebensgefährdung der Nachkriegsjahre. Die Todesangst und Todesnähe sind ständig gegeben und scheinen wie das Leidenssyndrom selbst bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt unüberwindbar zu sein. Die aktuellen Frustrationen verknüpfen sich mit den belastenden Erfahrungen der Vergangenheit. Wir wissen nicht mehr, welche negativen Erfahrungen in Permanenz diese Menschen zerstört haben. Man kann deshalb von einer Langzeittraumatisierung der Familie sprechen, die eine entsprechende und vielseitig unterstützende Langzeitbetreuung erforderte und weiterhin erfordert. Das EPZ gewährleistet diese und koordiniert die Arbeit der verschiedenen Hilssysteme. Eine Alternative zum aufgezeigten Vorgehen gibt es unseres Erachtens nicht.

7.7.9 Ausblick der Familie: Weder vor noch zurück und wiederholte Flucht.

Das Leben der Familie O. ist und bleibt prekär. Was kann helfen? Es geht um das Prinzip Schadensbegrenzung. Irgendwann, wenn die Ohnmacht und die Verzweiflung gross ist, drohen sie, werden sie der Schweiz den Rücken kehren und in ihr Herkunftsland zurückgehen, nur um im nächsten Moment zu erkennen, dass sie dort keine Zukunftschancen haben und dabei über ihre rückwärts gewandte Sehnsucht erschrecken. Das, was verständ-

licher Wunsch wird, wandelt sich in demselben Moment, wie er geäussert wird, zur nackten Angst. Das, was sie besessen haben, ist im Krieg zerstört worden. Einen sicheren Ort der möglichen Rückkehr haben sie nicht mehr. Sie verfügen über keine finanziellen Mittel und wären von akuter Armut bedroht. Viele ihrer Verwandten haben sie im Krieg oder auf der Flucht verloren, oder diese sind ebenfalls in das Exil geflohen. Die materielle Wiedereingliederung in Herkunftsland, die eine Erwerbsarbeit zur Voraussetzung hätte, ist nicht gewährt. Der Zugang zum Gesundheitssystem wäre ihnen dort aus Mangel an Geld versperrt. Die schulische und berufliche Ausbildung für die Kinder wären nicht gesichert.

Frau und Herr O. haben vor kurzem entschieden, das EPZ zu verlassen, weil den Eltern das Milieu der Schule für die Kinder zu gefährlich erscheint. Würden sie die äusseren Rahmenbedingungen wie die Platzierungsstelle, die erst einen Platz finden muss, nicht daran hindern, hätten sie das EPZ bereits panikartig verlassen. Überall sehen sie Gefahren für ihre beiden jüngeren Kinder und haben Angst, dass sie wie ihr ältester Sohn delinquent werden. Der Wechsel scheint wie eine Wiederholung einer Flucht zu sein, die aus einer Verzweiflung heraus geschieht, um endlich die belastende Vergangenheit mit einem Akt ungeheuerlicher Kraftanstrengung für immer überwinden zu wollen und das Leben neu zu beginnen. Ihre belastende Geschichte und ihre Depression wollen sie „für immer im EPZ zurücklassen“ und dann „soll es endlich“ besser werden (Frau O.). Die Gegenwart im EPZ ist wie das Leben in der Schweiz insgesamt enttäuschend für sie, und der bevorstehende Umzug (eine „kleine Migration“) wird mit einer Hoffnung besetzt, die radikal ist und herbeigesehnt wird. Eine Überführung der Familie in eine Landgemeinde zum jetzigen Zeitpunkt, der auf dezidierten Wunsch der Familie geschieht, wird die AsylbetreuerInnen der Gemeinde erneut sehr fordern und vor schwer lösbare Aufgaben stellen. Herr O. und Frau O. haben dem Betreuer im EPZ neulich voller Freude mitgeteilt, Herr O. hätte endlich eine Arbeit gefunden und er wolle nächste Woche damit beginnen. Beide waren sie voller Hoffnung und Zuversicht.

7.7.10 Empfehlungen:

Der Fall O. zeigt exemplarisch die Langwierigkeit und Hartnäckigkeit von Traumatas, die in einem Kontinuum mit den Beschädigungen verstanden werden müssen, die im Migrationsprozess stattfinden. Die Kinder sind vom Leiden ebenso betroffen wie die Eltern.

Der Fall O. zeigt deutlich die Grenzen medizinischer und therapeutischer Behandlung auf. Leidensprozesse, die unabschliessbar sind, führen bei Herr O. und Frau O. langfristig zu einer Chronifizierung von somatischen Krankheiten.

Geduld, Zeit und Raum geben, die ständige Einübung in Gelassenheit und der unbedingte Rückhalt der BetreuerInnen der Einrichtung in einer Gruppe von Fachpersonen, sowie regelmässige Fallreflexion und die Vernetzung mit externen Institutionen, die mit der Familie befasst sind, sind notwendige Voraussetzungen für die Arbeit mit der Familie O.

8 Empfehlungen und Standards – Kommentiert

Für die Rahmenbedingungen einer Institution, welche zuständig ist für die Betreuung traumatisierter oder psychisch kranker Asyl Suchender, sind die folgenden Standards von Bedeutung. Sie leiten sich aus der Praxiserfahrung des EPZ ab, bezeichnen den Soll-Zustand einer solchen Einrichtung und vergleichen diesen mit dem Ist-Zustand im EPZ. (Zielsetzung des EPZ siehe Kap. 4, *Rahmenbedingungen*)

8.1 Empfehlungen und Standards für die strukturellen Rahmenbedingungen

Eine Einrichtung wie das EPZ weist idealerweise folgende Struktur auf:

- teilstationäres, nach erfolgtem Eintritt in sich niederschwelliges Angebot
- ambulantes Angebot (siehe Differenzierung des Angebotes in Kap. 4.2.2. – Noch nicht realisiert.)
- konsiliarisches Angebot (Beratungstätigkeiten und komplementärer Weiterbildungsort in Bezug auf Migration und Gesundheit, resp. der angewandten Ethnopsychologie in Bezug auf die Fakultäten: Anbieten von Praktikumsplätzen für Studierende der Psychologie und Ethnologie. – Nur zum Teil realisiert)

8.1.1 *Minimalstandards für eine stationäre gesundheitsfördernde Einrichtung*

a) Zentrale Lage in urbaner Umgebung in einem Wohnquartier

Begründung:

- Vorhandensein sämtlicher anderer Infrastrukturen des Gesundheitswesens; bestmögliche Vernetzung und institutionelle Zusammenarbeit.
- Kurze und unkomplizierte Wegstrecken, die von den Asyl Suchenden alleine bewältigt werden können.
- Nähe von Einrichtungen mit Tagesstrukturen für Erwachsene und Kinder (Beschäftigung, Schulen, Horte etc.).
- Ressourcennutzung der sozialen Netze der Asyl Suchenden.

Bemerkungen:

Aufgrund der Problematiken von Trauma, Krankheit und Migration, die mehrfach ineinander verschränkt sind, ist von einer kurzen, intensiven Betreuung abseits jeglicher Infrastrukturen und sozialer Netze abzusehen. Gerade die sozialen Netze stellen dringend benötigte Ressourcen dar, welche die Alltags-Betreuung entlasten und dazu beitragen können, die gesundheitliche Situation der Asyl Suchenden zu verbessern. Ein empowerment und eine ressourcenorientierte Betreuung können in einem urbanen Kontext eher Wirkung zeigen. – Das EPZ hat seinen Sitz in der Stadt Zürich, die eine dichte soziale Infrastruktur aufweist.

Ein Teil der Menschen, die Asyl suchen, leidet unter diffusen Schmerzen, (Kopf, Rücken, Magen-Darmtrakt) oder Ängsten und braucht eine gewisse Ruhe und Rückzugsmöglichkeit. – Diese Anforderung ist im EPZ nur zum Teil erfüllt.

- b) Eigenes Zimmer für Alleinstehende; bei Familien je nach Grösse der Wohnung und Alter der Kinder ebenfalls eigene Zimmer

Begründung:

- Häusliche Gewalt findet u.a. wegen zu enger und zu prekärer Wohnverhältnisse statt.
- Aufgrund der besonderen Vulnerabilität von Frauen und Kindern ist es wichtig, gerade ihnen einzelne Räume zur Verfügung zu stellen, die abschliessbar sind und Schutz vor Übergriffen bieten (Stichwort: präventive Kinderschutzmassnahme u.a.m.).

Bemerkungen:

Diese Anforderung ist im EPZ erfüllt.

- c) Die Wartung und Reinigung der Häuser ist gewährleistet

Begründung:

- Aus gesundheitlichen und hygienischen Gründen braucht es eine hauswirtschaftliche Fremdleistung zur Reinigung der Hausflure und des Umschwungs. Dieser Dienst muss speziell finanziert werden.
- Die feuerpolizeiliche und betriebliche Wartung der Häuser kann ebenfalls als Fremdleistung geregelt werden.
- Die Wohnungen sind bei Ein- und Austritten instandgesetzt (Umzug, Zimmereinrichtung, Entsorgung).

Bemerkungen:

Im EPZ sind diese Standards bis dato nicht erfüllt.

Die meisten Asyl Suchenden, die vom EPZ betreut werden, können in ihren persönlichen Räumlichkeiten den minimalen Hygienestandards gerade noch genügen. Einige benötigen, wenn akute Krisen auftreten, Unterstützung in der Haushaltsführung.

.

- d) Die Büros der FachmitarbeiterInnen befinden sich im Haus.

Begründung:

- Diese Notwendigkeit ergibt sich aus dem alltagsbezogenen Betreuungszugang.

Bemerkungen:

Die ambulante Phase ist davon ausgenommen

- e) Der ethnische Hintergrund kann, muss aber nicht Kriterium für die Zusammensetzung einer Wohngruppe sein.

Bemerkungen:

Die psychischen und sozialen Erscheinungsbilder sowie das Geschlecht spielen ebenfalls eine Rolle bei der Zusammensetzung.

- f) Die Wohneinheiten unterschreiten eine gewisse Grösse nicht.

Begründung:

- Es sind wenigstens 3 Fachpersonen pro Wohneinheit verfügbar. Dies ermöglicht gegenseitige Vertretungen während Abwesenheiten (Ferien, Krankheit, Weiterbildungen, Sitzungen, Begleitungen von Klienten usw.).
- Die Arbeit von nur einer Fachperson pro Wohneinheit wird vermieden. Sie stellt eine Überforderung dar und ist aus Gründen der Sicherheit und der Gewährleistung der Arbeitsfähigkeit der Fachperson nicht zu verantworten.

Bemerkungen:

Im EPZ ist dies bis anhin nicht gewährleistet.

Die Erfahrung mit zu wenig Personal hat gezeigt, dass dieser Mangel vermehrt zu belastenden und kostenintensiven Kriseninterventionen führt und längere Aufenthalte der KlientInnen in der Klinik notwendig macht. Ein Mangel an Personal kann im Extremfall den Zusammenbruch der ganzen Facheinrichtung zur Folge haben. Wenn z.B. Kriseninterventionen bei verschiedenen KlientInnen gleichzeitig notwendig sind, treten Überbelastungen der Fachpersonen ein, was bei letzteren zu Krisen und Arbeitsausfällen führen kann.

- g) Die Präsenzzeiten resp. einrichtungsinternen Büroöffnungszeiten sind tagsüber und von Montag bis Freitag festgelegt.

Begründung:

- Die vorgeschlagenen Öffnungszeiten sind deshalb ausreichend, weil die BewohnerInnen um die zeitliche Kontinuität wissen. D.h. dass am nächsten Morgen oder nach dem Wochenende am Montag die FachmitarbeiterInnen wieder anwesend sind. Notfalltelefonnummern müssen für den Fall einer Krise zur Verfügung stehen.

Bemerkungen:

Eine 24-Stunden-Betreuung ist nicht notwendig. Die Erfahrungen im EPZ haben gezeigt, dass die Asyl Suchenden im Notfall durchaus in der Lage sind, sich gegenseitige Hilfe anzubieten und z.B. den Notfallpsychiater zu verständigen.

- h) Der optimale Stellenschlüssel beträgt ca. 1 : 17 bis 19 (vgl. Kapitel 6.1.3)

Das heisst pro Hundert Prozent Betreuungsstelle sind nicht mehr als 17 bis 19 Personen zu betreuen (auch wegen Ferien und Krankheit sowie anderen Absenzen anderer BetreuerInnen, die dann vertreten werden müssen).

Bemerkungen:

- Der Personalbestand der Einrichtung sollte wegen der Möglichkeit von Ausfällen und der damit verbundenen notwendigen Vertretungen nicht kleiner sein als ca. 800 Stellenprozente.
- Auch die Administration braucht zur Gewährleistung der administrativen Abläufe (Budgeterstellung, Zahlungswesen etc.) eine Stellvertretung.

- Im Stellenschlüssel müssen die Stellvertretungen berücksichtigt sein.
- Im EPZ ist dieser Standard bis anhin nicht erfüllt.

i) Das Betreuungsteam ist als Gruppe konzeptualisiert.

Begründung:

- Die Tätigkeit in einer Institution wie dem EPZ setzt ein Gruppenverständnis voraus, d.h. das Team versteht sich als Gruppe, um tragfähig zu sein.
- Die Betreuung dieser Klientel kann allein oder mit wenig Fachpersonen nicht bewältigt werden. Die ideale Gruppengrösse beträgt ca. 8 Fachpersonen.

Bemerkungen:

Die praktischen Erfahrungen im EPZ haben die Wirksamkeit des Gruppenkonzeptes bestätigt.

j) Supervision und Intervision sind garantiert.

- 14-tägliche Supervision mit einer externen Supervisorin, respektive einem externen Supervisor, vorzugsweise mit Ausbildung in Ethnopschoanalyse.
- Regelmässige, wöchentliche Intervision im Team gilt als Standard.

k) Interinstitutionelle Zusammenarbeit:

- Der Aufbau eines interinstitutionellen Austausches (Intervision) und die Zusammenarbeit mit Psychiatrie, HausärztInnen, Ambulatorien, Zentren für Kriegs- und Folteropfer u.a.m. ist Bestandteil der Tätigkeit des EPZ.

Bemerkungen:

Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem dient dem Erwerb eines besseren Verständnisses für die KlientInnen. Ein regelmässiger, institutionalisierter Austausch ermöglicht erst die kontextbezogenen migrantInnenfreundlichen Zugänge zur Klientel und fördert sie. Das EPZ hat damit gute Erfahrungen gemacht.

- l) Der administrative Mehraufwand von Spezialfällen wird von Vorteil von einer spezialisierten Stelle übernommen

Begründung:

- Die statusbedingte Liminalität wirkt sich nicht nur nachteilig auf die gesundheitliche Versorgung der Asyl Suchenden aus, sondern führt zu einem administrativen Mehraufwand, der von einer Einrichtung wie dem EPZ nicht länger ohne eine zusätzliche, in diesen Fragen spezialisierte Stelle übernommen werden kann. Da jeder Fall ein Spezialfall ist, führt dies jeweils zu langwierigen Abklärungen (Rechtsfragen, Sonderanträge, Sonderbehandlungen). Dazu ist ein spezielles berufliches Know-how notwendig, welches täglich zur Anwendung kommt. Damit die administrative Zusatzarbeit aber den eigentlichen Auftrag der Betreuung nicht akut und nachhaltig blockiert und gefährdet, braucht es eine bedürfnis-orientierte Differenzierung.

Bemerkungen:

Bisher wird das EPZ innerhalb des gegebenen Stellenschlüssels damit belastet.

8.1.2 Empfehlungen und Standards für die Zielgruppe, die Aufnahme und die Aufenthaltsdauer

- a) Die Zielgruppe sind traumatisierte und psychisch kranke Asyl Suchende, welche die üblichen Strukturen im Asylbereich überfordern oder für die im Sozial- und Psychiatriebereich keine entsprechenden Angebote bestehen.
- Alleinstehende und Personen mit Familien unterschiedlichster Herkunft mit dem Status N oder F, unterschiedlichen Alters und Geschlechts, die nicht pflegebedürftig sind.

Bemerkungen:

Die meisten der angemeldeten Personen sind in psychiatrischer Behandlung. Die Asyl Suchenden im EPZ entwickeln mehr- und multidimensionale Krankheitsbilder. Traumatisierungen lassen sich nicht exakt definieren, sondern – wenn überhaupt – erst nach längerer Zeit als solche bestimmen.

- b) Aufnahmekriterien und –prozedere: Freiwilligkeit, gegenseitiges Einverständnis sowie ein Minimum an „Co-Konstruktion“ (vgl. Kap. 4.4.1). Ebenso muss der Haushalt selbständig bewältigt werden können.
- Anmeldungen für einen Eintritt in die Facheinrichtung erfolgen durch die jeweilige Betreuungsinstitution.
 - Verschiedene Abklärungen und ein oder mehrere Aufnahmegespräche gehen einer Aufnahme voraus. Es gibt keinen Aufnahmewang.
 - Bei Gewalttätigkeit und wenn keine Aussicht auf ein Arbeitsbündnis besteht, hat die Facheinrichtung die Möglichkeit, jemanden abzuweisen, mit oder ohne Hausverbot.
- c) Die Wartezeit zwischen Anmeldung und Aufnahme in eine stationäre Einrichtung wie dem EPZ ist nicht zu lange (jedoch keine Aufnahme von Notfällen).

Bemerkungen:

Dies ist nur möglich, wenn ein ambulant Angebot für diese Klientel besteht (vgl. Differenzierung des Angebotes Kap. 4.2.2).

Die zahlreichen Anmeldungen im EPZ zeigen, dass eine grosse Nachfrage besteht. Die Plätze sind jedoch beschränkt.

- d) Die Aufenthaltsdauer beträgt durchschnittlich 1 - 3 Jahre (je nach Fall auch kürzer oder länger).

Begründung:

- Traumatisierte und psychisch erkrankte Asyl Suchende, die sich in einer prekären Lebenssituation befinden, benötigen längere Aufenthalte, (1-3 Jahre durchschnittlich, fallbezogen), um sich einigermaßen stabilisieren zu können.
- Wenn nach dieser Zeit keine Stabilisierung eingetreten ist, können die KlientInnen bei Bedarf an höher strukturierte Einrichtungen (z.B. Pflegeeinrichtungen) weiterverwiesen werden.

Bemerkungen:

Dies ist im EPZ der Tendenz nach gewährleistet.

- e) Die stationäre Einrichtung erfordert zwecks Nachbetreuung ein ambulantes, ergänzendes Angebot.

Begründung:

- Ein ambulantes Angebot der stationären Einrichtung nach dem Austritt aus derselben ist notwendig, um die Betreuungskontinuität für die KlientInnen für einige Zeit zu sichern. So können erneute Krisen vermieden werden.

Bemerkungen:

Ein Konzept des EPZ für ein ambulantes Angebot liegt vor. Die Umsetzung wäre wenig aufwändig. Die bereits vorhandene Struktur und das erarbeitete Wissen könnten genutzt und ohne grossen Aufwand erweitert werden. Dies würde einen optimalen Synergieeffekt ergeben.

8.2 Empfehlungen und Standards für die personellen Rahmenbedingungen

a) Zur Qualifikation der Fachpersonen:

Notwendige Voraussetzungen (vgl. auch Stellenbeschreibung im Anhang):

- Ein Team der Fachrichtungen Ethnologie (Ethnopsychologie, Medizinethnologie etc.) und Psychologie (Psychopathologie, Psychotherapie etc.), Medizin, Psychiatrie (Ethnopsychiatrie).
- Feldforschungserfahrungen oder langjährige Auslandsaufenthalte, eigene psychotherapeutische Erfahrung oder Ausbildung, Erfahrungen und Kenntnisse in Ethnopsychanalyse.
- Verschiedene gute mündliche Sprachkenntnisse (französisch, englisch: fließend, italienisch, arabisch u.a.m.)
- Erfahrung und Bereitschaft mit ÜbersetzerInnen zu arbeiten.
- Langjährige Berufserfahrung mit MigrantInnen oder Asyl Suchenden oder auch mit Unterschichtsfamilien.
- Wissenschaftliches Interesse und Erfahrungen (Referate, Publikationen).
- Erfahrung in der Arbeit mit Gruppen (im Team, mit der Klientel).

Begründung:

- Damit die alltagsbezogenen Ansätze zum Tragen kommen, benötigt jede Fachperson diesen beruflichen „background“. Erst dieser fachliche Hintergrund ermöglicht den „ganzheitlichen“, ethnopsychologischen Zugang zu den Asyl Suchenden.

Bemerkungen:

Eine interdisziplinäre Aufteilung ist nur sinnvoll für die Stellenbesetzung der Administration oder bei einer Vergrößerung des Teams auf mehr als 8 Personen, also z.B. bei einer Differenzierung des Angebotes in ein stationäres und ein ambulantes (mit u.a. einer zusätzlichen administrativen Fachperson oder Sozialarbeiterin, die auf administrative Fragen spezialisiert ist sowie einer Ethnopsychiaterin/eines Ethnopsychiaters).

Wissenschaftliches Interesse und Erfahrung sind deshalb von Vorteil, weil diese Form der Betreuung von Asyl Suchenden nach wie vor ein neues Gebiet darstellt, wo noch Vieles erkundet, entwickelt und erprobt werden muss.

b) Zur Qualifikation der Leitung:

- Mehrjährige Berufserfahrung in angewandter Ethnologie und Psychologie im Migrations- und Gesundheitsbereich; mehrjähriger Führungs- und Aufbauenerfahrung im Sozial-, resp. Gesundheitsbereich. Projekterfahrung, Erfahrung im wissenschaftlichem Austausch, Erfahrung mit Publikationen, Referaten
- Erfahrung und Kenntnisse sowie ein Bewusstsein für die Notwendigkeit der institutionellen und interinstitutionellen Aufbau- und Vernetzungsarbeit sowie der Öffentlichkeitsarbeit.

Bemerkungen:

Das EPZ ist eine Pioniereinrichtung und hat in der Arbeit mit traumatisierten und psychisch kranken Asyl Suchenden einen ethnopsychologischen, kontextbezogenen Ansatz entwickelt. Jedes weitere Projekt kann darauf aufbauen. Dessen Leitung muss jedoch berücksichtigen, dass die Bedingungen, unter welchen eine Fachrichtung entsteht, immer einzigartig sind. Der ethnopsychologische Zugang zu der Gruppe kranker Asyl Suchender kann deshalb nicht als einmal entwickelt und abgeschlossen betrachtet werden, sondern muss aufgegriffen und jeweils neu- und weiterentwickelt werden, insbesondere auch aufgrund der unterschiedlichen Möglichkeiten der interinstitutionellen Zusammenarbeit. Die Voraussetzungen sind je nach Kanton und Gebiet (z.B. Stadt-Land) sehr unterschiedlich. Der Aufbau einer Einrichtung wie dem EPZ hat deshalb auch immer auch wieder Pioniercharakter.

8.3 Empfehlungen und Standards für die Betreuung

Folgende Empfehlungen und Standards sind für die Betreuung traumatisierter und psychisch kranker MigrantInnen, insbesondere Asyl Suchender zu berücksichtigen:

8.3.1 *Allgemeine Betreuungsempfehlungen resp. Standards für Einrichtungen im Asylbereich für traumatisierte und psychisch kranke Asyl Suchende*

Aus den Verlaufsstudien gehen folgende Standards hervor:

- a) Die stationäre Einrichtung ist niederschwellig, damit der ethnopsychologische Betreuungsansatz seine Wirkung entfalten kann.

Begründung:

- Viele Asyl Suchende brauchen eine direkte Anlaufstelle im Haus, zu Bürozeiten (sog. Sprechstunden) oder zu vereinbarten Terminen (z.B. für Einzelgespräche oder Gruppensitzungen), ohne telefonische Voranmeldung. Das Telefon ist für viele KlientInnen im EPZ eine zu grosse Hürde, um Termine zu vereinbaren. Wichtig ist die Präsenz von Bezugspersonen im Haus, auch wenn diese nicht ständig aufgesucht werden.
- Der kontextbezogene und niederschwellige Zugang zu den Asyl Suchenden und zu ihren Leiden ist oft nur über seine Lebensäusserungen und vielleicht erst später über die Sprache möglich. Dies erfordert methodisch eine „an“-teilnehmende Beobachtung“ (als klassische ethnologische Feldforschungsmethode), die nur im Arbeiten vor Ort, d.h. in der Alltagswelt der Asyl Suchenden möglich ist (Angewandte Ethnologie). Diese Form der Betreuung stellt einen Balanceakt zwischen Nähe und Distanz dar. Sie grenzt sich, wo nötig, nicht per se durch Abstinenz ab, sondern die FachmitarbeiterInnen gehen ins „Feld“.
- Das Betreuungssetting sollte für viele KlientInnen aufgrund ihrer Problematik und ihres Hintergrundes sowie aufgrund der Niederschwelligkeit ein offenes und wandelbares sein. Viele können keine Termine einhalten und aus verschiedenen Gründen keine Psychotherapien in einem vorgegebenen Rahmen in Anspruch nehmen.
- Die Rolle der betreuenden Fachperson ist streng von der Rolle der Behörden im Asylverfahren getrennt (professionelles Selbstverständnis), da sonst keine Vertrauensbildung erfolgen kann.
- Es ist deshalb wichtig, dass diese Rollenteilung auch von den verschiedenen AuftraggeberInnen für eine Betreuung dieser Risikogruppe akzeptiert wird. Die Unterstützung Asyl Suchender muss der Berufsrolle entsprechen und Teil der Betreuungshaltung sein und darf sich nicht aus der Identifikation mit den (rigiden) strukturellen Vorgaben herleiten.

b) Die Früherkennung wirkt präventiv und ist Bestandteil der Betreuungsarbeit.

Begründung:

- Die Problematik der Zielgruppe erfordert rechtzeitig eingeleitete Kriseninterventionen.

Bemerkungen:

Das frühzeitige Wahrnehmen und Erkennen der Befindlichkeiten der Asyl Suchenden im Haus kann nur durch eine Betreuung vor Ort erfolgen. Dies erspart schwierige und teure Klinikeinweisungen oder beugt ev. Gewaltsituationen vor.

c) Der Übergangsraum ist „gut genug“ (vgl. Kap. 4.4.5).

Bemerkungen:

Das EPZ oder eine ähnliche Facheinrichtung bietet sich als Übergangsraum an.

Dieser Übergangsraum muss „genügend gut“ sein, d.h. die Fachpersonen nehmen die Asyl Suchenden in ihren Ressourcen und Entwicklungen im Umgang mit der Migration und dem Leiden wahr und übernehmen eine integrierende und stützende Haltefunktion. Damit ist nicht nur eine äussere Integration gemeint, sondern auch eine innere, psychische Integration. Diese ist durch das vormigratorische und migratorische Geschehen und durch traumatische Erfahrungen immer wieder in Frage gestellt. Je nach Setting kann dies die sicherheitsspendende Form eines Alltagsrituals annehmen.

Dies bedarf einer grösstmöglichen Sicherheit: für die Asyl Suchenden, für die Fachleute, für die Einrichtung. Nur ein Personal bzw. eine Einrichtung mit einem einigermaßen *festen Boden unter den Füssen* verfügt über die Möglichkeiten für das Bereitstellen eines psychischen und sozialen Übergangsraums.

Unsicherheit aufgrund des Status N und F ist für die Asyl Suchenden, die bereits eine hohe Vulnerabilität aufweisen, ein zusätzlicher Vulnerabilitätsfaktor. Dies gilt auch für die Fachpersonen resp. die Einrichtung selbst. Das Provisorium stellt die Sicherheit oft genug in Frage.

- d) Es braucht eine Betreuungsform, in welcher die Gruppe das Containing bzw. die Haltefunktion übernimmt.

Bemerkungen:

Das Team der Fachleute versteht sich als Gruppe, auch wenn die einzelnen Asyl Suchenden ihre spezielle Bezugsperson haben. Im Alleingang würde die einzelne Fachperson unter den Belastungen zusammenbrechen und gesundheitlich beschädigt.

- e) Bessere strukturelle Lebensbedingungen der Asyl Suchenden als Voraussetzung für nachhaltige Betreuungserfolge

Bemerkungen:

Die „vorläufige Aufnahme“ ist für die Asyl Suchenden mit persönlichen Einschränkungen und Perspektivlosigkeit verbunden. Für sie selbst und für die Fachleute, die mit ihnen arbeiten, ist dies eine derartige Einschränkung, dass erfolgreiche Behandlungen stark behindert oder grundsätzlich in Frage gestellt werden können.

Die jahrelange prekäre Lebenssituation der Asyl Suchenden erhöht ihre Vulnerabilität und ist gesundheitsschädigend. Sie erschwert eine erfolgreiche Betreuung, verhindert oft die nötige „Co-Konstruktion“ und kann zu negativen Übertragungen auf die Fachleute im Asylbereich führen, die nicht mehr auflösbar sind und eine Weiterbetreuung verunmöglichen.

Um Krankheiten zu vermeiden, ist eine Verbesserung der prekären Lebensumstände in allen Bereichen anzustreben. Wenn Asyl Suchende Eigeninitiativen entwickeln, müssen sie darin unterstützt werden. Für die Gesundheitsförderung der Asyl Suchenden und für die Betreuungsarbeit und Therapie muss eine Statusverbesserung als grosser Vorteil eingestuft werden (KAMM et al., 2003).

8.3.2 *Besondere Empfehlungen und Standards: Einbezug von „Accompagnants“*

Das Konzept der „*accompagnants*“ oder Begleitpersonen ist als Standard in die Betreuung mit einzubeziehen. Im EPZ ist dies teilweise realisiert, wie in Kapitel 5.2.3 über die „*accompagnants*“ und in den Verlaufsstudien ersichtlich ist.

- **Alleinstehende:**
Ein „*accompagnant*“ kann in Spezialfällen in die Betreuung miteinbezogen werden, resp. in die stationäre Betreuung für eine bestimmte Klientin, einen bestimmten Klienten mitaufgenommen werden.
- **MNA:**
Insbesondere wenn es sich um MNA handelt, wird pro MNA ein „*accompagnant*“ mitaufgenommen in die stationäre Betreuung, in die gleiche Wohngemeinschaft.
- **Familien:**
Bei Familien ergibt es sich in der Regel von selbst, dass eine Person die Funktion eines „*accompagnant*“ für ein anderes Familienmitglied übernimmt. Wichtig ist dabei, die betreffende Person auch in diesem Sinne miteinzubeziehen. Die Personen wechseln sich manchmal auch ab in ihren Rollen. (Ein Beispiel: Eine Mutter aus Westafrika tritt als „*accompagnante*“ mit ihrem 40-jährigen, schwer kranken Sohn in das EPZ ein. Bald stellt sich heraus, dass die Mutter ebenfalls psychisch krank ist).

Bemerkungen:

Die Rolle des „*accompagnant*“ ist definiert. Ein „*accompagnant*“ erfüllt Kriterien, die sich positiv auf die Beziehung mit dem/der Begleiteten auswirken.

Diese Kriterien müssen je nach sozialem, kulturellem und intellektuellem Hintergrund des Klienten jeweils herausgefunden werden. Dabei spielen Alter und Geschlecht ebenfalls eine Rolle.

Die „*accompagnants*“ im EPZ haben wie die KlientInnen entweder N- oder F-Status, da sie ebenfalls in der Asylstruktur leben und es schwierig wäre, Personen mit anderem Status aufzunehmen resp. zu finden für eine derartige Wohnform. – Die Frage des rechtlichen Status wäre neu zu überprüfen, da die EPZ-Fachpersonen die Tatsache, dass die „*accompagnants*“ denselben Unsicherheiten wie die begleiteten Personen ausgesetzt sind, zeitweise als eher ungünstig erachten.

8.3.3 *Besondere Empfehlungen und Standards für die Betreuung von traumatisierten Asyl Suchenden*

- Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses wird als grundlegend für den Kontakt mit traumatisierten Asyl Suchenden angenommen und dauert Monate bis Jahre. Ein über lange Zeit hinweg konstanter Bezugsrahmen ist notwendig. (Kontinuität sichern).
- Die therapeutische Arbeit mit traumatisierten Asyl Suchenden umfasst die gesamten Lebens-, Wohn-, Beschäftigungs- und Arbeitsverhältnisse.
- Um sich der Komplexität von Traumata annehmen zu können, braucht es die Gruppe, Gruppenkonzepte und Gruppensettings
- Es braucht Facheinrichtungen, die das Leiden traumatisierter Asyl Suchender nicht primär medikalisiert, sondern einen kontextbezogenen Zugang ermöglicht.

8.3.4 *Besondere Empfehlungen und Standards für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen*

- a) Für Kinder und Jugendliche sind tragfähige, unterstützende und autonomiefördernde Perspektiven zu suchen.

Begründung:

- Die statusbedingte Liminalität wirkt sich bei Kindern und Jugendlichen beschädigend auf ihre psychosoziale Entwicklung aus.

- b) Die Betreuungskontinuität und die örtliche Nähe der Betreuung von Kindern und Jugendlichen ist gewährleistet.

Begründung:

- Kinder oder Jugendliche sollten die betreuende Fachperson ohne Voranmeldung oder Begleitung der Eltern direkt aufsuchen können.

Bemerkungen:

Die Kinder im EPZ nutzen die Möglichkeit, das Büro aufzusuchen und mit der Fachperson ihres Vertrauens zu sprechen, z.T. auch während der ambulanten Phase.

c) Für Kinder und Jugendliche braucht es ergänzende Angebote.

Begründung:

- Kinder und Jugendliche aus asylsuchenden Familien sind eine besonders vulnerable Gruppe. Lebensperspektiven und praktische Angebote, die von der Aufnahmegesellschaft angeboten werden, sind für den Erhalt der Gesundheit unabdingbare Voraussetzungen. Die zusätzlichen Angebote helfen den Kindern, die freie Zeit zu strukturieren und bieten in Form einer Gegenwelt zu der vielfach belasteten elterlichen Welt einen stützenden Halt an.

Bemerkungen:

Notwendig sind Angebote, welche Kindergarten und Schule ergänzen: Horte, Kurse, Freizeitclubs etc. Den Jugendlichen, die nicht mehr schulpflichtig sind, müssen Ausbildungsmöglichkeiten angeboten werden. Die Teilnahme der Kinder und Jugendlichen an sozialen Anlässen und Ereignissen mit Gleichaltrigen (z.B. Sport- oder Jugendprojekte) wird von den Fachpersonen gezielt gefördert.

Das Organisieren von sozialen Orten, die stützenden Halt und Entwicklungschancen bieten, erfordert von den Fachpersonen Problembewusstsein und viel Koordinationsarbeit. Mit der Aufgabe verbunden ist das Bemühen, zusätzliche finanzielle Unterstützung für die Tätigkeiten zu finden. Deshalb ist die Zusammenarbeit mit Jugendfonds wichtig.

d) Bei Fragen, die eine externe Familienbegleitung, Fremdplatzierungen oder einen Obhutsentzug betreffen, sind unter Berücksichtigung von Migrationsproblematik und -geschichte der Familie sorgfältige Abklärungen und Abwägungen vorzunehmen, bevor Entscheidungen getroffen werden.

Begründung:

- Die Familien haben Angst, dass die Schule oder die Behörden zur Entfremdung von Eltern und Kindern beitragen oder sogar, dass die Kinder ihnen weggenommen werden könnten. Die Fachpersonen des EPZ leisten interkulturelle Vermittlungs- und Abklärungsarbeit.

- e) Für die Gruppe der jugendlichen Asyl Suchenden, die z.T. unbegleitet sind, braucht es einen besonderen Schon- bzw. Übergangsraum.

Bemerkungen:

Dies erfordert ein Beziehungsangebot, das zeitaufwändig ist, und nur mit einem höheren Personalschlüssel eingelöst werden kann. Das Betreuungsangebot der „accompagnants“ hat sich in der EPZ-Praxis gut bewährt (vgl. Kap. 5.2.6 „accompagnants“.).

FachbetreuerInnen, die mit Jugendlichen arbeiten, sind sich des Zusammenhangs der kritischen Phase der Adoleszenz (Identitätsbildung) und der Problematik der Migration bewusst.

- f) Familien- bzw. Gruppensitzungen in der Facheinrichtung sind ein Betreuungs-Instrument.

Bemerkungen:

Im EPZ finden mit den Familien Gespräche statt, die entweder punktuell oder regelmässig vereinbart werden. Dieses Betreuungsinstrument hat sich gut bewährt.

Kinder treten nicht als ÜbersetzerInnen der Eltern auf.

8.3.5 Besondere genderspezifische Empfehlungen und Standards

- a) Allgemein

Gleich- wie gegengeschlechtliche Betreuungsangebote stehen zur Verfügung.

- b) Frauenspezifisch

- Den Frauen steht ein niederschwelliges, leicht zugängliches Angebot mit haltgebendem Rahmen, der auch ein empowerment dieser Gruppe vorsieht, zur Verfügung.
- Frauenwohnungen stehen ebenfalls bereit und sind Standard.

c) *Männerspezifisch:*

- Alltagsbezogene Beziehungsangebote stehen zur Verfügung, besonders für Familienväter.
- Die Häufigkeit schwerer familiärer Konflikte zeigt die Notwendigkeit eines vorerst stationären und ev. später ambulanten Angebotes.
- Eine frühzeitige Erkennung der Probleme ist wichtig.

Bemerkungen:

Durch die Betreuung vor Ort und oftmals auch durch die Information durch andere Familienmitglieder oder MitbewohnerInnen ist eine frühzeitige Erkennung der Probleme gegeben.

8.3.6 Besondere Empfehlungen und Standards in Bezug auf Sprache und Übersetzung

- Die Fachpersonen beherrschen mehr als nur eine Fremdsprache (vgl. Kap.5.9 Sprache und Übersetzung). In einem niederschweligen Angebot kann nicht für jede kurze Konversation ein Übersetzer oder eine Übersetzerin herbeigeholt werden.
- In den Facheinrichtungen ist eine Professionalisierung des Übersetzungsdienstes notwendig.
- Für Kontinuität und Vertrauensbildung ist der Aufbau von längerfristigen Arbeitsbeziehungen mit ÜbersetzerInnen erforderlich.

Bemerkungen:

Für einen qualifizierten, professionellen Übersetzungsdienst sind die finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen, wie dies z.B. bei den gut ausgebauten Übersetzungsdiensten im Gesundheitsbereich der Fall ist.

Diese Standards sind im EPZ nicht erfüllt.

9 Empfehlungen und Standards – Zusammenfassung

9.1 Empfehlungen und Standards für strukturelle Rahmenbedingungen

Eine Einrichtung wie das EPZ weist idealerweise folgende Struktur auf:

- teilstationäres, nach erfolgtem Eintritt in sich niederschwelliges Angebot
- ambulantes Angebot (siehe Differenzierung Kap. 4.2.2)
- konsiliarisches Angebot (siehe Differenzierung Kap. 4.2.2)

9.1.1 *Minimalstandards für eine stationäre gesundheitsfördernde Einrichtung*

- Zentrale Lage in urbaner Umgebung in einem Wohnquartier
- Eigenes Zimmer für Alleinstehende; für Familien möglichst eigene Wohnung
- Wartung und Reinigung der Häuser ist gewährleistet
- Arbeitsräume der FachmitarbeiterInnen befinden sich in der Wohneinheit
- Keine allein arbeitenden FachmitarbeiterInnen; mindestens drei FachmitarbeiterInnen pro Wohneinheit, weshalb eine gewisse Belegungsgrösse pro Wohneinheit (Haus) nicht unterschritten werden darf
- Der ethnische Hintergrund kann, muss aber nicht Kriterium für die Zusammensetzung einer Wohngruppe sein (verschiedene Kriterien wie soziale Erscheinungsbilder, Geschlecht, Alter etc. spielen eine Rolle)
- Allgemeine Öffnungs- und Präsenzzeiten von Montag bis Freitag sind festgelegt
- Der optimale Stellenschlüssel beträgt pro 100% Betreuungsstelle ca. 17 bis 19 zu betreuende KlientInnen (vgl. auch statistische Berechnungen in Kap. 6.1.3)
- Das Betreuungsteam ist als Gruppe konzeptualisiert
- Regelmässige Super- und Intervention sind garantiert
- Interinstitutionelle Zusammenarbeit mit Psychiatrie u.a.m. sind unabdingbar
- Der administrative Mehr-Aufwand bei Spezialfällen wird von Vorteil von einer spezialisierten Stelle zusätzlich übernommen

9.1.2 *Empfehlungen und Standards für die Zielgruppe, die Aufnahme und die Aufenthaltsdauer*

- Zielgruppe: psychisch kranke und traumatisierte Asyl Suchende, welche die üblichen Strukturen im Asylbereich überfordern oder für die im Sozial- und Psychiatriebereich keine

entsprechenden Angebote bestehen. Es sind dies Alleinstehende und Familien unterschiedlichster Herkunft mit dem Status N oder F, unterschiedlichen Alters und Geschlechts, die nicht pflegebedürftig sind

- Die Aufnahme ist freiwillig, sie erfolgt in gegenseitigem Einverständnis und nach umfassenden Vorabklärungen und Vorgesprächen
- Die Wartezeit zwischen Anmeldung und Aufnahme ist nicht zu lange (Keine Notfälle)
- Die Aufenthaltsdauer ist fallbezogen und beträgt durchschnittlich 1-3 Jahre
- Ergänzend zur stationären Einrichtung braucht es zur Nachbetreuung ein ambulantes, Kontinuität garantierendes Angebot derselben Einrichtung

9.2 Empfehlungen und Standards für die personellen Rahmenbedingungen

Qualifikationen der FachmitarbeiterInnen:

- Team aus EthnologInnen und PsychologInnen
- Feldforschungserfahrung oder langjährige Auslandsaufenthalte, psychotherapeutische Erfahrung oder Ausbildung, Erfahrung und Kenntnisse in Ethnopschoanalyse
- Gute Fremdsprachenkenntnisse, Erfahrung und Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit professionellen ÜbersetzerInnen
- Langjährige Berufserfahrung in der Betreuung resp. Therapie mit MigrantInnen oder Marginalisierten
- Wissenschaftliches Interesse und wissenschaftliche Erfahrung
- Erfahrung in der Arbeit mit Gruppen

Qualifikationen der Leitung:

- Mehrjährige Berufserfahrung in angewandter Ethnologie und Psychologie im Migrations- und Gesundheitsbereich
- Mehrjährige Führungs- und Aufbauenerfahrung im Sozial- bzw. Gesundheitsbereich
- Projekterfahrung
- Erfahrung im wissenschaftlichen Austausch (Referate, Publikationen)
- Erfahrung in der institutionellen und interinstitutionellen Aufbau- und Vernetzungsarbeit sowie in der Öffentlichkeitsarbeit

9.3 Empfehlungen und Standards für die Betreuung

9.3.1 *Allgemeine Betreuungsempfehlungen respektive Standards für Einrichtungen im Asylbereich für traumatisierte und psychisch kranke Asyl Suchende*

- Die Einrichtung ist niederschwellig
- Die Früherkennung ist Bestandteil der Betreuungsarbeit
- Die Einrichtung dient den BewohnerInnen als Übergangsraum, der im Sinne Winnicotts „genügend oder hinreichend gut“ sein muss
- Das Team als Gruppe übernimmt die dafür nötige Haltefunktion (Containing)
- Bessere strukturelle Lebensbedingungen sind Voraussetzung für nachhaltige Betreuungserfolge
- Asylverfahren und Betreuung sind strikt getrennt

9.3.2 *Besondere Empfehlungen und Standards: Einbezug von „Accompagnants“*

- Das Konzept der "Accompagnants" oder Begleitpersonen ist in die Betreuung mit einbezogen

9.3.3 *Besondere Empfehlungen und Standards für die Betreuung von traumatisierten Asyl Suchenden*

- Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses ist grundlegend und dauert Monate bis Jahre
- Ein über lange Zeit hinweg konstanter Bezugsrahmen ist notwendig (Kontinuität)
- Die niederschwellige therapeutische Arbeit mit Traumatisierten umfasst die gesamten Lebensverhältnisse (auch Wohnen und Arbeit)
- Für die stationäre inkl. ambulante Betreuung, resp. Therapie traumatisierter Asyl Suchender braucht es Gruppenkonzepte, auch für das Team
- Die Facheinrichtung für Traumatisierte ermöglicht einen kontextbezogenen Ansatz, der nicht medikalisiert

9.3.4 Besondere Empfehlungen und Standards für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen

- Tragfähige, unterstützende und autonomiefördernde Perspektiven sind zu suchen
- Betreuungskontinuität und örtliche Nähe sind gewährleistet
- Ergänzende Angebote werden mit einbezogen
- Bei der Einleitung von vormundschaftlichen Massnahmen wird die Migrationsproblematik und -geschichte berücksichtigt (sorgfältige Abklärungen)
- Familien- bzw. Gruppensitzungen werden als Betreuungsinstrument eingesetzt
- Die Umsetzung des Konzeptes zum Schon-, resp. Übergangsraum mit der entsprechenden stützenden Haltefunktion ist bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere MNA Teil der Betreuung

9.3.5 Besondere genderspezifische Empfehlungen und Standards

- Es stehen Wohnungen ausschliesslich für Frauen zur Verfügung
- Gleich- und gegengeschlechtliche Betreuungsangebote sind Standard

9.3.6 Besondere Empfehlungen und Standards in Bezug auf Sprache und Übersetzung

- FachmitarbeiterInnen sprechen mehr als eine Fremdsprache und Übersetzungsdienste müssen abrufbar und professionell sein
- Zusammenarbeit mit gleichgeschlechtlichen professionellen ÜbersetzerInnen bei Bedarf
- Längerfristige Arbeitsbeziehungen mit ÜbersetzerInnen sind zur Vertrauensbildung und für die Kontinuität wichtig

10 Ausblick

Eine Einrichtung wie das EPZ wirft bei den Behörden immer wieder die Frage auf, wo das EPZ strukturell lokalisiert werden soll. Gehört eine solche Einrichtung in den Sozial- oder Gesundheitsbereich? Handelt es sich dabei gar um eine Parallelstruktur?

Diese Fragen können aus ethnologischer Sichtweise als Ausdruck des gesellschaftlichen Wandels verstanden werden, d.h. des sozialen und kulturellen Wandels in einer pluralistischen Gesellschaft, der sich gerade im Bereich von Migration und Gesundheit bemerkbar macht.

Migration an und für sich ist kein neues Thema. Neu ist die Analyse nach der Art der Relation zwischen Migration und Gesundheit. Prof. I. Rossi, Gesundheitsethnologe an der medizinischen Poliklinik in Lausanne, denkt in seinem Artikel über „mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration“ folgendermassen darüber nach: „...pour appréhender la problématique santé et migration, il convient de ne pas perdre de vue que les pratiques médicales et soignantes sont aussi des pratiques sociales et culturelles et que, en tant que telles, elles s’inscrivent dans l’évolution de notre société.“ (ROSSI, 2003:2039).

Was uns als EthnopsychologInnen daher beschäftigt, sind die sich im Wandel befindenden gesellschaftspolitischen Voraussetzungen, die es erfordern, auf neue komplexe Zusammenhänge von „Migration und Gesundheit“ zu reagieren und dementsprechende Einrichtungen und neue praxisrelevante Ansätze zu entwickeln.

Eine Einrichtung wie das EPZ kann in diesem Sinne als Sozialpraxis wie als Heilpraxis verstanden werden, welche sich - ethnologisch gesprochen - als „missing link“, d.h. als fehlendes Bindeglied zwischen den heutigen medizinischen und sozialen Einrichtungen einordnet und in diesem Sinne vermittelt. Deshalb liegt eine besondere Bedeutung in der interinstitutionellen Tätigkeit, in der die eigene Einrichtung nicht als in sich geschlossen verstanden wird, sondern als ein offener, kultureller Ort des Wandels. Die einzelnen Lebensbereiche werden so als „fait social total“ (totale soziale Tatsache) - als ineinander übergreifend - verstanden. Dies führt zu neuen betreuerischen und therapeutischen Implikationen. Damit gemeint ist aber nicht das Zusammenführen herkömmlicher Konzepte aus Medizin, Psychiatrie und Pädagogik, sondern das neu zu denkende Verständnis von sozialen und gesundheitsfördernden Angeboten.

Das EPZ ist eine Institution, die den schwierigen Zwischenbereich, die Vermittlung, die Beziehung zwischen Sozialem, Gesundheit und Migration aufgenommen hat. Gerade darin

liegt seine Bedeutung. Es ist ein ständiges Oszillieren zwischen dem Sozialen und dem Medizinischen, sei es in Form von Vermittlung, im Erkennen der Bedeutungs- und Lebenswelten der Asyl Suchenden, sei es in der Entwicklung entsprechender Institutionen und Konzepte sowie deren Umsetzungen im Bereich Migration und Gesundheit. Insofern ist auch das Interesse der Fakultäten am EPZ als komplementäre Struktur in Forschung und Bildung begreifbar.

Gerade dieser Ort zwischen den Strukturen ermöglicht ein Erkennen der Komplexität, das Sichtbarwerden der Widersprüche und die entsprechenden Verständnis- und Herangehensweisen. Dass die MigrantInnen und die Widersprüche da sind und mit dem Verschwinden der Institutionen nicht auch gleich selbst zum Verschwinden gebracht werden können, liegt auf der Hand. Im Gegenteil, es ist zu hoffen, dass die aktuellen Erkenntnisse, Analysen und Erfahrungen des EPZ wiederum zu weiterführenden Studien, Analysen und einer entsprechend migrantInnenfreundlichen („migrant friendly“) Praxis führen und anregen werden.

Literatur

- BARWINSKI FÄH, R. (1992): *Arbeitslosigkeit: Trauma oder Konfliktverarbeitung?* Forum der Psychoanalyse 8: 311–326, München.
- BAULEO, A. (1988): *Ideologie, Familie und Gruppe. Zur Theorie und Praxis der operativen Gruppentechnik.* Argument, Hamburg.
- BAZZI, D. ET AL. (2000): *Fluchten, Zusammenbrüche, Asyl. Fallstudien aus dem Ethnologisch-Psychologischen Zentrum in Zürich.* Zürcher Arbeitspapiere zur Ethnologie 12/2000. Argonaut, Zürich.
- BECKER, D. (1992): *Ohne Hass keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten.* Kore, Freiburg.
- BERNHOLZ, P. (1972): *Grundlagen der Politischen Ökonomie.* J. C. B. Mohr, Tübingen.
- BETTELHEIM, B. (1979): *Die Erziehung zum Überleben.* Kindler, München.
- BETTELHEIM, B. (1980): *Aufstand gegen die Masse.* Fischer TB, Frankfurt.
- BION, W. (1974): *Erfahrung in Gruppen und andere Schriften.* Klett-Cotta, Stuttgart.
- BLÖCHLIGER, C. ET AL. (1994): *Gesundheitsprobleme und allgemeinmedizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz aus hausärztlicher Sicht.* Studie im Auftrag des BAG, Bern.
- BOLZ, N. (2002): *Das konsumistische Manifest.* Wilhelm Fink Verlag, München.
- BOURDIEU, P. ET AL. (2002): *Das Elend der Welt. Zeugnisse alltäglichen Leidens an der Gesellschaft.* Univ.-Verl. Konstanz.
- BUNDESAMT FÜR FLÜCHTLINGE (HG.) (2003): *Asylstatistik 2002.* Bern.
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (HG.) (2002): *Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006.* Strategiebericht BAG, Bern.
- DEVEREUX, G. (1988): *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften.* Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- DILLING, H. ET AL. (HG.) (2000): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen.* Verlag Huber, Bern.
- ECKSTAEDT, A. (1992): *Nationalsozialismus in der "zweiten Generation". Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen.* Suhrkamp Tb, Frankfurt a/M.
- ERDHEIM, M. (1984): *Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit.* Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M.
- ERDHEIM, M. (1988): *Die Psychoanalyse und das Unbewusste in der Kultur.* Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M.
- ERIKSON, E. H. (1966): *Identität und Lebenszyklus.* Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M.

- FELBER-VILLAGRA, N. (2003): *Setting, Exil und Emigration*. In: GRAF, O.E. ET AL. : *Erfahrung mit Gruppen. Theorie Technik und Anwendungen der operativen Gruppe*. S. 84–90. SeismoVerlag, Zürich.
- FREUD, S. (1923): *Schriften zur Behandlungstechnik*. Gesammelte Werke – Studienausgabe, Ergänzungsband. Fischer, Frankfurt a. M., 1982.
- GBIKPI, P. & AUGUIN, R. (1978): *Evaluation d'une pratique institutionnelle à Fann: L'admission d'un accompagnant de malade à l'hôpital*. Psychopathologie Africaine XIV, 1: 5–68.
- GILGEN, D. ET AL. (2003): *Klinische cultural epidemiology von Gesundheitsproblemen ambulant behandelter Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und aus Bosnien*. In: WICKER H-R. ET AL. (HG.): *Migration und die Schweiz*. Seismo, Zürich, S. 507–530.
- GILLIOZ, L. DE PUY ET AL. (1997): *Dominance et violence envers la femme dans le couple*. Lausanne: Payot, Lausanne.
- GRAF, E. ET AL. (2003): *Erfahrung mit Gruppen. Theorie Technik und Anwendungen der operativen Gruppe*. Seismo Verlag, Zürich.
- GRINBERG, L. & GRINBERG, R. (1990): *Psychoanalyse der Migration und des Exils*. Verlag Internationale Psychoanalyse, Wien/München.
- GRUBRICH-SIMITIS, I. (1979): *Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma*. In: Psyche 33, Klett-Cotta, Stuttgart, S. 991–1023.
- GÜÇ, F. (1990): *Die geteilte Familie: Auswirkungen des Wanderungsprozesses auf die Familiendynamik*. In: HERIBERT KENTENICH ET AL. (Hg.) (1990): *Zwischen zwei Kulturen (Was macht Ausländer krank?)* Mabuse Verlag, Frankfurt a.M., S. 86–95.
- GUEYE, M. (1984): *Der soziokulturelle Ansatz der psychiatrischen Praxis in Fann*. Curare Sonderband 2/84: S. 145–151.
- HAENEL, F. (2001): *Ausgewählte Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter der Beteiligung von Dolmetschern*. In: MARTINE VERWEY (HG.): *Trauma und Ressourcen – Trauma and Empowerment*. Curare-Sonderband, 16: 307–315.

- KAMM, M. ET AL. (2003): *Aufgenommen, aber ausgeschlossen? Die vorläufige Aufnahme in der Schweiz*. Eine Studie des Schweizerischen Forums für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) und im Auftrag der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus (EKR), Bern.
- KEILSON, H. (1979): *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Verlag Enke, Stuttgart.
- KEUPP, H. & HÖFER, R. (1997): *Identitätsarbeit heute*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M.
- KHAN, M. (1997): *Selbsterfahrung in der Therapie*. Kindler, München.
- KIENER R. & RIEDER A. (2003): *Vorläufige Aufnahme – Die Optik der Grundrechte*. Gutachten des Instituts für öffentliches Recht der Universität Bern erstellt im Auftrag der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus (EKR), Bern.
- KOHT-MEYER, I. (1999): *Spannungsfeld Migration: Ich-Funktionen und Ich-Identität im Wechsel von Sprache und kulturellem Raum*. In: FERNANDA PEDRINA ET AL. (HG.): *Kultur Migration Psychoanalyse: therapeutische Konsequenzen theoretischer Konzepte*. Edition Diskord, Thübingen, S. 71–97.
- KÜCHENHOFF, J. (2000): *Innere und äussere Gewalt: Der Beitrag der Psychoanalyse zum Verständnis individueller Gewaltbereitschaft und Gewaltverarbeitung im gesellschaftlichen Kontext*. In: SCHLÖSSER A.M., GERLACH A. (HG.): *Gewalt und Zivilisation*. Psychosozial Verlag, Gießen, S. 229–250.
- LACAN, J. (1954): *Die Schöpferische Funktion des Sprechens*. In: ders. (1994): *Das Seminar. Buch 1 (1953–1954)*. Freuds Technische Schriften. 2. Aufl. Weinheim, Berlin, Quadriga, S. 297–308.
- LONCAREVIC, M., SALIS-GROSS, C., MÄUSEZAHN, D. (2001): „Der Kopf tut weh, und noch mehr die Seele.“ *Gewalterfahrungen und Bewältigungsstrategien bosnischer Kriegsflüchtlinge in der Schweiz*. Curare Vol.24: 1+2, S. 117–136.
- MÜHLENKAMP, H. (1994): *Kosten-Nutzen-Analyse*. Oldenbourg, München/Wien.
- NINCK D. ET AL. (1999). *Überlebenskunst in Übergangswelten. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden*. Dietrich Reimer Verlag, Berlin.
- NINCK, D. (1999): *Kinder von Asylsuchenden*. In: NINCK, D. ET AL.: *Überlebenskunst in Übergangswelten. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden*. Dietrich Reimer Verlag, Berlin, 109–128.

- ORTH, G. (2001): *Keine Miene verziehen? Dolmetschen mit Folterüberlebenden*. In: MARTINE VERWEY (HG.): *Trauma und Ressourcen – Trauma and Empowerment*. Curare-Sonderband 16: S. 317–329.
- ROSSI, I. (2003): *Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration*. In: *Médecine & Hygiène* 2003, 2455: S. 2039–2042.
- SALIS GROSS C. & SABBIONI, M. (1997): *Migration und Schmerz: Ritualtheoretische und krisentheoretische Aspekte bei der Behandlung von Schmerzpatienten in der Migration*, PSM 1–2/97
- SALIS GROSS, C. (2002): *Trauma und Medikalisierung. Die Flüchtlingserfahrung in der Schweiz*. In: *Tsantsa* 7 (2002) Seismo, Zürich, S. 22–29.
- SALIS GROSS, C. ET AL. (1997): *Die Arzt-Patienten Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen*. Schlussbericht. Schweizerisches Tropeninstitut Basel und Bundesamt für Gesundheit, Basel/Bern.
- SCHÄR SALL, H. & WETLI, E. (2003): *Kriegstrauma – wie weit kann Rehabilitation gelingen? Schwierige Annäherung an seelische Verletzungen. Die Sprache des Traumas – ein Fallbeispiel*. In: *NZZ*, Nr. 86, 12./13. 04. 2003. Zürich.
- SCHÄR SALL, H. (2001): *Intermediärer Raum und ein lebensweltbezogener Zugang zu Asyl Suchenden in psychischen Schwierigkeiten*. In: MOSER, C. ET AL. (HG.): *Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden*. Seismo Verlag, Zürich, S. 97–102.
- SIMONET J.C. (2002): *Ohne Scheuklappen über Umgang mit Gewalt reden*. In: *Zeitschrift für Sozialhilfe*, Nr. 7 Juli 2002, S. 97–104.
- SÖLCH, A. (2003): *Männlichkeit und Traumatisierungen*. In: FORSTER, E. ET AL. (HG.): *Migration und Trauma. Beiträge zu einer reflexiven Flüchtlingsarbeit*. Lit-Verlag, Münster/Hamburg, S. 151–155.
- SPITZER, H. (2002): *Rehabilitation und soziale Reintegration ehemaliger „Kindersoldaten“: Beispiele aus Norduganda*. In: OTTOMEYER, K & PELTZER, K. (HG.): *Überleben am Abgrund (Psychotrauma und Menschenrechte)*. Drava Verlag, Klagenfurt/Celovec, S. 275–303.
- STUTZ, D. (1999): *Kein Königreich im fremden Land*. In: NINCK, D. ET AL.: *Überlebenskunst in Übergangswelten*. Reimer, Berlin, S. 61–75.
- VAN GENNEP, A. (1986): *Übergangsriten. (Les rites passage)*. Campus, Frankfurt a. M.
- VARIAN, HAL R. (2004): *Grundzüge der Mikroökonomik*. 6. überarb. u. erw. Aufl., Oldenbourg, München/Wien.

- VEREIN INTERPRET (HG) (2002): *Ausbildungsstandards für SprachmittlerInnen und interkulturelle VermittlerInnen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich*. Schlussbericht BAG Mandat. Bern.
- VON SALIS, TH. (2003): *Arbeiten mit Gruppen*. In: GRAF, O. E. ET AL.: *Erfahrung mit Gruppen. Theorie Technik und Anwendungen der operativen Gruppe*. Seismo Verlag, Zürich, S. 84–90.
- WEISS, R. (2003): *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Seismo, Zürich.
- WEISS, R. & STUKER, R. (1998): *Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem*. Forschungsbericht No. 11 des Schweizerischen Forums für Migrationsstudien an der Universität Neuenburg. Studie im Auftrag des BAG, Dienst Migration, Bern.
- WETLI E. (2002): „*Gestern wollte ich sterben, heute will ich leben*“ In: NINCK, D. ET AL.: *Überlebenskunst in Übergangswelten. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden*. 2. Auflage, D. Reimer, Berlin, S. 33–59.
- WETLI, E. (2001): *Fremde Kommunikationsformen. Eine Fallschilderung*. In: BAZZI, D. ET AL.: *Fluchten, Zusammenbrüche, Asyl*. Argonaut Verlag, Zürich, S. 31–52.
- WINNICOTT, D. W. (1990): *Der Anfang ist unsere Heimat*. Klett-Cotta. Stuttgart.
- WINNICOTT, D. W. (1994): *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Fischer, Frankfurt a. M.

A Konzept

Asyl-Organisation Zürich



EPZ
Ethnologisch-Psychologisches
Zentrum

Konzept

Ethnologisch-Psychologisches Zentrum
Leitung

Luisenstrasse 40
8005 Zürich

Telefon 01 - 273 01 70
Fax 01 - 273 17 03

Inhaltsverzeichnis:

1. AUFTRAG	6
2. AUSGANGSLAGE	6
3. DER ETHNOPSYCHOLOGISCHE ANSATZ	8
4. ANGEBOTE	10
4.1 EPZ – ETHNOLOGISCH-PSYCHOLOGISCHES ZENTRUM	10
4.1.1 ZIELGRUPPE	10
4.1.2 AUFNAHME	10
4.1.3 BETREUUNG	11
4.1.4 ZUSAMMENLEBEN, WOHNEN UND ALLTAGSGESTALTUNG	15
4.1.5 ZUSAMMENARBEIT MIT INTERNEN UND EXTERNEN INSTITUTIONEN	16
4.1.6 GRUNDSÄTZLICHES ZUR ORGANISATION	16
4.2 ETHNOLOGISCH-PSYCHOLOGISCHER KONSILIARDIENST	17
4.2.1 FÜR DIE GEMEINDEN	17
4.2.2 FÜR PSYCHIATRISCHE, MEDIZINISCHE UND SOZIALE EINRICHTUNGEN	17
5. FORSCHUNG, FORTBILDUNG, WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEIT	18
6. PERSONELLES	18
ORGANIGRAMM 2003	20
<u>PUBLIKATIONEN UND BEITRÄGE DES ETHNOLOGISCH-PSYCHOLOGISCHEN ZENTRUMS (EPZ)</u>	21

1. Auftrag

Die Asyl-Organisation für den Kanton Zürich wurde von der AG Behördendelegation am 13. Dezember 1991 beauftragt, ein professionelles Team aufzubauen, welches durch ambulante und stationäre Angebote die Gemeinden bei der Betreuung von Asyl Suchenden mit besonderen Schwierigkeiten unterstützt.

Das EPZ - Ethnologisch-Psychologisches Zentrum – ist eine stationäre Einrichtung für Asyl Suchende in besonderen psychischen und sozialen Schwierigkeiten, die unter anderem migrationsbedingt sind. (Traumatisierte, psychisch Kranke und sozial Auffällige) Die KlientInnen werden von einem Team von EthnologInnen und PsychologInnen betreut, welche im EPZ selbst arbeiten, also am Wohnort der Asyl Suchenden. Nach entsprechender Abklärung besteht die Möglichkeit, KlientInnen, welche nicht mehr im EPZ wohnen, ambulant nachzubetreuen. Hingegen besteht aus administrativen Gründen die Möglichkeit einer Nachbetreuung nicht, wenn die KlientInnen ausserhalb der Stadt Zürich wohnen.

Nicht betreut werden können gewaltbereite oder gewalttätige Asyl Suchende, Asyl Suchende mit ausgeprägten Suchtproblemen als auch Personen, die aus disziplinarischen Gründen nicht mehr in der regulären Strukturen untergebracht werden können.

Zusätzlich steht ein ethnologisch-psychologischer Konsiliardienst den Gemeinden und - auf Anfrage - psychiatrischen und anderen medizinischen und sozialen Einrichtungen zur Verfügung.

2. Ausgangslage

Vermerkt stehen Gemeinden, Durchgangszentren und psychiatrische Einrichtungen vor der Aufgabe, Asyl Suchende mit schwerwiegenden psychischen Problemen zu betreuen, darunter auch zahlreiche Menschen, die in psychiatrischer Behandlung sind oder waren. Ein Grund für diese Zunahme ist die lange Verfahrensdauer oder der unsichere Status von vorläufig Aufgenommenen, aber auch von abgewiesenen Asyl Suchenden, die nicht in ihr Heimatland gebracht werden können.

Beide Gruppierungen (N und F Bewilligungen) können unter den Vorzeichen ihres Aufenthaltsstatus keine längerfristigen Perspektiven und Vorstellungen für ihren Aufenthalt als auch für ihre Rückkehr entwickeln.

Es betrifft alleinstehende Männer und Frauen, Familien und Teilfamilien unterschiedlichster Herkunft.

Medizinische, psychiatrische, psychologische und soziale Einrichtungen sind oft nicht darauf vorbereitet, auf Asyl suchende MigrantInnen und deren Schicksal spezifisch zu reagieren.

Für diese braucht es Orte, welche nicht nur einen punktuellen Zugang anbieten, sondern Konzepte, die den multifaktoriellen Problemen der Asyl Suchenden gerecht werden.

Da bei Asyl Suchenden in diesem Kontext der Zugang zum Psychischen eher über das Soziale führt, ist eine Begleitung gefragt, welche sich an der Dynamik von vormigratorischer Lebenswelt und gegenwärtigem Migrationsschicksal sowie am Übergangsspezifischen der Situation Asyl Suchender orientiert und sich im

alltäglichen Kontakt mit den KlientInnen konkretisiert, was neue Anforderungen an die Betreuung und an die Koordination der verschiedenen involvierten Institutionen stellt.

Eine solche ethnopsychologische Begleitung ermöglicht nicht nur Einblicke in und Verständnis für die spezifische Lebenswelt, das soziale Umfeld und die Interaktionsmuster der MigrantInnen, sondern hat auch therapeutische Effekte.

2.1 Rahmenbedingungen

Das vorliegende Konzept ist vom EPZ-Team, Fachleuten aus Ethnologie, Psychologie, Psychotherapie/Psychoanalyse, aufgrund von Erkenntnissen aus Theorie und Praxis in der Arbeit mit Asyl Suchenden mit besonderen Schwierigkeiten im EPZ entwickelt worden. Dabei mussten nicht nur die besonderen Schwierigkeiten der Asyl Suchenden beachtet werden, sondern auch die eingeschränkten Mittel, die dem EPZ zur Verfügung stehen.

Das EPZ verfügt über drei Häuser mit 64 Zimmern und einer Betreuungskapazität für maximal 100 Personen. Alleinstehenden Personen wird ein eigenes Zimmer zur Verfügung gestellt.

Probleme:

Nachteilig wirkt sich aus, dass die Häuser zum Teil einer extremen Verkehrsbelastung ausgesetzt sind und sich auch baulich in schlechtem Zustand befinden.

Die räumlichen Bedingungen bieten für Einzelpersonen und Familien in psychischen und sozialen Krisen keine optimalen Voraussetzung für die Überwindung ihrer Schwierigkeiten.

In den Bereichen des Sozial-, des Pflege- und Gesundheitswesens ist der Zugang für Asyl Suchende erschwert.

Es handelt sich dabei insbesondere um:

- nichtärztliche Psychotherapien und Familientherapien (oft können gerade für MigrantInnen spezialisierte TherapeutInnen nicht ärztlich delegiert arbeiten)
- Pflegeinstitutionen wie sozialpsychiatrische Wohngemeinschaften etc.,
- sowie Platzierungen in Kinder- und Jugendinstitutionen

Des Weiteren fehlen die Ressourcen für professionelle ÜbersetzerInnen.

In diesem Konzept musste auf diese institutionellen Unzulänglichkeiten Rücksicht genommen und ein Ansatz entwickelt werden, der entsprechend die Ressourcen der Asyl Suchenden wie auch diejenigen der Asyl-Organisation Zürich zu nutzen, fördern und weiterzuentwickeln sucht.

3. Der ethnopsychologische Ansatz

Grundsätzlich kommen im EPZ Ansätze aus Ethnologie, Psychologie, Psychoanalyse und Ethnopsychanalyse zur Anwendung. Der spezifische Ansatz ist jedoch ethnopsychologisch (eine Richtung der angewandten Ethnologie), stützt sich auch auf psychoanalytisch orientierte Gruppenkonzepte und entwickelt sich laufend aus der Wechselwirkung von Theorie und Praxis weiter.

Die verschiedensten Lebensbereiche werden nicht getrennt aufgefasst, sondern als dynamisches Ganzes betrachtet. Genauso werden die Probleme aufgefasst, mit denen die Asyl Suchenden in ihrer Migrationssituation im EPZ konfrontiert sind. Die Migrationssituation kann man mit einem Begriff aus der Ethnologie als „fait social total“ beschreiben, welcher nicht nur die einzelnen Gegebenheiten und Dinge, sondern das Leben im Zusammenhang des gesellschaftlichen Ganzen umfasst. Diese „totale soziale Tatsache“ manifestiert sich in der gelebten Erfahrung, in der die verschiedensten Lebensbereiche (Politik, Verwandtschaft, Ökonomie, Medizin, Religion, Recht, Ästhetik) ineinander übergreifen. Auf diesem Hintergrund ist der Betreuungsansatz des EPZ konzipiert.

Der ethnologische Blick, der soziale und kulturelle Bedeutungen in die Wahrnehmung miteinschliesst, der Zugang über den Alltag, die Präsenz an Ort und Stelle, die „an“-teilnehmende Beobachtung sind Methoden aus der Ethnologie, die im EPZ in die Praxis umgesetzt werden. Die therapeutischen FachmitarbeiterInnen übernehmen die Rolle von ZeugnInnen des Alltags und der Geschichten, der Vergangenheit und der Gegenwart der Asyl Suchenden, sowie deren Nöte und Ressourcen.

Es geht einerseits immer auch darum, die Kommunikation aufrecht zu erhalten und andererseits auch über eine Vertiefung dieser Kommunikation den Zugang zu innerpsychischen Bereichen zu finden.

Es ist dabei wichtig, sich auch überraschen zu lassen und sich immer auf den Dialog mit dem Anderen, mit dem Fremden einzulassen:

Mit einer anderen Sprache, anderen psychischen Zuständen, einer anderen sozialen Stellung, einem anderen Erfahrungshintergrund, anderen Erwartungen und anderen Befürchtungen. Man geht nicht davon aus, dass ein psychisches Problem wie in der psychotherapeutischen Praxis als solches dargeboten wird.

Eine zerstörte Fensterscheibe wird so zum Beispiel nicht nur zu einem disziplinarischen praktischen Problem. Sie wird zu einer Mitteilung, die nicht isoliert, sondern im jeweiligen Kontext betrachtet wird, und die in eine Beziehung zur Geschichte der Person gesetzt wird. Die Herangehensweise, die durch das Arbeiten am Wohnort der Asyl Suchenden ermöglicht wird, ist ganzheitlich und alltagsorientiert. Es ist damit gemeint, dass der Kontext, in dem sich Asyl Suchende bewegen, miteinbezogen wird.

Dem ethnopsychologischen Ansatz im EPZ liegt die Neugier, also nicht allein das Interesse am Leiden, am Pathologischen zugrunde. Er ist ein dynamischer, nicht zielgerichteter alltagsbezogener Zugang, der nicht über traditionelle Konzepte aus Pädagogik und Sozialarbeit führt, in welchen zielorientiert an der Realität gearbeitet wird. Es ist ein Begleiten in einem Prozess, dessen Qualität und Ausgang verschiedenste Interpretationen zulässt und dessen Ausgang nicht von vornherein festgelegt ist. Die Betreuenden wissen zuerst einmal nicht, was ein Verhalten oder Problem bedeutet, sondern nehmen es erst einmal wahr.

An erster Stelle steht somit die Wahrnehmung als betreuende Aktivität. – Das Betreuungsteam versteht sich erst einmal als Unwissendes und Fragendes, welches versucht, zu verstehen.

Durch die Reflexion im Rahmen von Intervision, Supervision und Gruppengesprächen werden Hypothesen und Interpretationen und schliesslich ein Verständnis des Wahrgenommenen entwickelt.

Indem unbewusste Spuren in die Interpretation einfließen und bewusst werden, verändert sich die Haltung gegenüber den Asyl Suchenden, was bei ihnen wiederum Veränderungen bewirkt.

Die Migration kann als Übergangssituation verstanden werden, insbesondere für Asyl Suchende. Der ethnopsychologische Ansatz in diesem Konzept bezieht die in Ethnologie und Psychologie beschriebene Bedeutung von Übergangsphänomenen mit ein. Übergangssituationen sind Krisensituationen, Zwischenwelten. Diese Zwischenwelten oder Übergangsräume sind aber auch potentielle Räume: In ihnen liegt ein Potential, den Anschluss des Eigenen an das Fremde und umgekehrt ausprobieren zu können. Dies kann schliesslich zu etwas Neuem, etwas Drittem führen. Es ist ein Prozess des Aufbaus eines Raumes zwischen Zweien, d.h. des Aufbaus des Ich und des Nicht-Ich, des Eigenen und des Fremden, des Drinnen und des Draussen, des Alten und des Neuen. Die Gruppe, das Team, übernimmt in diesem Prozess genauso wie die Institution und das Setting die Funktion des Haltens, das *Holding* (Winnicott) oder das gruppale *Containment* (Bion).

Das Team stellt sich als Gruppe mit verschiedenen Übertragungsangeboten zur Verfügung. Das ermöglicht das *Containment*. Es bewirkt, dass diese Übertragung, anders strukturiert, auf den oder die Asyl Suchenden zurückwirkt, d.h. dass sich die Haltefunktion auf die Gruppe der BewohnerInnen überträgt: Die Präsenz des Teams dient somit nicht nur der besseren Wahrnehmung der Asyl Suchenden, sondern das Team stellt sich auch als ein Wahrzunehmendes zur Verfügung und wird so zum Betreuungsinstrument.

Der schmerzhaften Realität der einzelnen Asyl Suchenden, deren inneren und äusseren Verletzungen und Zerstörungen durch Krieg, Traumata, Psychosen und den dadurch entstandenen Fragmentierungen, hält das Team durch seine Präsenz und Kontinuität eine andere, nicht zerstörte und auch nicht zerstörbare Realität entgegen. Phantasierte und erlebte Zerstörung wird in der Realität des Teams nicht reproduziert.

Somit wird die Phantasie, also die Idee, dass die äussere Realität auch derjenigen der inneren Vorstellungen entspreche, auch als solche - also als Phantasie - wahrnehmbar.

Für die Betreuung liegt die Bedeutung im Erkennen dieses Übergangsraums und darin, dass das Team eine Haltefunktion übernimmt, indem es ruhig und intakt bleibt und nicht agiert, also das Chaos, die Zerstörung oder Vernichtung nicht zwangsläufig reproduziert. Wenn auch nur begrenzt, wird das Team, werden die therapeutischen FachmitarbeiterInnen für die Asyl Suchenden zu einem Ort der Verlässlichkeit und Verfügbarkeit, zu Zeugen des Schmerzes und der Trauer, aber auch zu einem Ort des Aufbaus von neuem psychischem und physischem Erleben. Der vom Team konzipierte Übergangsraum, dem die Funktionen des Haltens, Aufnehmens und Veränderns zukommen, und die aktive Präsenz des Teams können bei einem längerfristigen Aufenthalt eines Asyl Suchenden als ein stabilisierendes Kontinuum wirken, auch während und nach einer psychischen Krise oder einem Klinikaufenthalt.

Das Team, welches in fortlaufender Intervention auch die eigene Haltung und die eigene Kultur reflektiert, wird unterstützt durch eine Supervision auf Basis ethnopsychoanalytischer Überlegungen.

Diese Herangehensweise auf dem Hintergrund des „fait social total“ bedingt, dass auf der praktischen Ebene interdisziplinär mit verschiedensten Institutionen und Berufsgruppen zusammengearbeitet wird. Die Aufgabe der therapeutischen FachmitarbeiterInnen besteht unter anderem darin, anderen involvierten Stellen und Personen die verschiedenen Aspekte der Problemsituation verständlich zu machen. Ein enger Kontakt zu diesen Stellen und Personen ist somit unabdingbar.

4. Angebote

4.1 EPZ – Ethnologisch-Psychologisches Zentrum

Das EPZ verfügt über drei Wohnhäuser in Zürich mit 64 Zimmern mit max. 100 Plätzen für Familien und Einzelpersonen.

Die Betreuung des EPZ beinhaltet eine Betreuung untertags. Es werden keine Präsenzen in der Nacht und am Wochenende angeboten.

Die Aufnahme im EPZ geschieht unabhängig von Geschlecht, Herkunft, Sprache und Alter.

Die Dauer des Aufenthalts im EPZ liegt in der Regel zwischen 1-3 Jahren.

Nach einem stationären Aufenthalt besteht die Möglichkeit, dass die KlientInnen in einer Übergangsphase ambulant von den therapeutischen FachmitarbeiterInnen weiterbetreut werden.

4.1.1 Zielgruppe

Im EPZ leben Asyl Suchende, die sich u.a. in migrationsbedingten psychischen und sozialen Krisen befinden, also auch MigrantInnen mit schweren Traumata und psychischen Störungen (Psychosen, Schizophrenien, Depressionen, Suizidalität). Es werden Alleinstehende wie auch Familien aufgenommen.

Die BewohnerInnen des EPZ sind in der Lage, ihren Alltag selbständig zu bewältigen (Hygiene, Ernährung). Im Einzelfall kann im Rahmen des Begleiter-Modells („accompagnants“) Unterstützung gewährt werden.

Nicht aufgenommen werden können Asyl Suchende mit Hauptproblematiken wie Gewalt, Sucht oder Pflegebedürftigkeit. Das EPZ ist keine disziplinarische Einrichtung und keine Notunterkunft.

4.1.2 Aufnahme

Die Aufnahmen ins EPZ geschehen freiwillig auf Basis des Einverständnisses der KlientInnen und der Zustimmung des Teams.

Die Anmeldungen kommen aus Durchgangszentren, von Betreuungspersonen der 2. Phase in den Gemeinden und aus psychiatrischen Kliniken.

Die Anmeldungen erfolgen ausschliesslich über die Leitung des EPZ.

Eintritte erfolgen nach Vorabklärungen mit der EPZ-Leitung und nach einem Vorgespräch mit den therapeutischen FachmitarbeiterInnen. Voraussetzung ist zudem ein ärztliches Zeugnis, welches die Notwendigkeit einer Platzierung im EPZ belegt.

Am Vorgespräch nehmen die Asyl Suchenden, ein oder zwei therapeutische FachmitarbeiterInnen des EPZ und bisherige Betreuungspersonen der jeweiligen Einrichtung oder Gemeinde und - wenn nötig - ÜbersetzerInnen teil.

Entscheidend ist dabei die Erarbeitung eines (therapeutischen) Bündnisses zwischen den MitarbeiterInnen des EPZ und der jeweiligen Klientin / dem jeweiligen Klienten.

Das beiderseitige Einverständnis zu diesem Bündnis ist Voraussetzung und Basis für einen Eintritt ins EPZ.

Das Vorgespräch, bei dem die Asyl Suchenden den Wunsch, das Bedürfnis oder die Einsicht in den Sinn eines Eintritts ins EPZ äussern, ist bereits als Beginn eines Prozesses aufzufassen, der die Basis für die spätere Interaktion zwischen Asyl Suchenden und BetreuerInnen bildet. Der bewusst ausgehandelte und besprochene Eintritt ist eine Voraussetzung, um die für MigrantInnen und deren Ressourcen so wichtigen Übergangsräume zu schaffen oder zu erhalten, sowie auch um weitere Brüche (durch Umplatzierungen) im Leben dieser Männer, Frauen und Kinder zu vermeiden oder aufzufangen. Die definitive Aufnahme in das EPZ erfolgt erst nach diesem Gespräch und nur mit Zustimmung der Asyl Suchenden und der EPZ-Leitung.

Bei Platzierungen im EPZ wird die Kantonale Platzierungsstelle über die Aufnahme informiert.

4.1.3 Betreuung

4.1.3.1 Grundsätzliches

Die Anwesenheit der Therapeutischen FachmitarbeiterInnen am Wohnort der Asyl Suchenden ermöglicht eine Einsicht in die alltäglichen Lebensabläufe der Klientel und in deren Dynamik des Zusammenlebens. Dieser ethnologische Zugang ist ein wichtiges Betreuungsinstrument, um der Interdependenz von Ökonomie, Religion, Gesundheit, Psyche, Lebens- und Migrationsgeschichte Rechnung zu tragen. Dadurch werden die therapeutischen FachmitarbeiterInnen zu Zeuginnen, welche die KlientInnen stärken und ihr Verhalten in all ihren Facetten wahrnehmen, reflektieren und so deren Ressourcen in die Betreuung mit einbeziehen können.

Medizinisch-psychiatrische Diagnosen unserer westlichen ÄrztInnen und PsychiaterInnen sind zwar wichtige Informationen, bestimmen aber nicht massgeblich die Betreuungsarbeit. Die Betreuungshaltung ist vielmehr diejenige Lernender (in diesem Fall sind die InformantInnen die Asyl Suchenden), in der die eigene Subjektivität in der Wahrnehmung und Betreuung mitreflektiert und gerade so zu einem Betreuungsinstrument wird.

Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen, insbesondere mit verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen, aber auch mit Schlüsselpersonen und Fachleuten aus der Herkunftskultur der Betroffenen, wie auch ÄrztInnen, BehördenvertreterInnen und LehrerInnen ist von grosser Bedeutung und wird vom EPZ auch in Form von „round table“-Gesprächen gefördert. Es wird einerseits ressourcenorientierte Einzelfallarbeit geleistet, andererseits auch das Kollektiv durch gegenseitige Hilfe und Hilfe zur Selbsthilfe gefördert.

Die Auseinandersetzung mit Migration in Theorie und Praxis und die Reflexion über das Fremde und Eigene sind ein wesentlicher Teil unserer Arbeitsinstrumente und Teil betreuerischer Grundsätze.

4.1.3.2 Ziele und Mittel der Betreuung

Das Ziel der Arbeit des EPZ ist,

einen Ort des Aufbaus von neuem physischem, psychischem und sozialem Erleben zu bieten, indem

- das Individuum mit seiner Herkunftskultur, seiner Migration und dem jetzigen Kontext wahrgenommen wird,
- den Asyl Suchenden ein Ort der Verlässlichkeit und Konstanz angeboten wird und das Team z.B. auch während und nach einem Klinikaufenthalt als Kontinuum wirkt,
- die Asyl Suchenden gestärkt und ihre Ressourcen einbezogen werden,
- die Gruppe der Asyl Suchenden in der gegenseitigen Hilfe und der Hilfe zur Selbsthilfe gefördert wird.

Dazu werden die folgenden Mittel eingesetzt:

Auf KlientInnen-Ebene

- Aktive Präsenz
- Offene Sprechstunde
- Krisenintervention
- Alltagsrituale
- therapeutische Gespräche
- Standortgespräche
- Gruppengespräche

Auf Team-Ebene

- Teamsitzungen
- Reflexion von Theorie und Praxis
- Supervision
- Fallbesprechungen
- Intervision
- Round-Table- Gespräche

Gemeinden/Externe

- Konsiliarischer Dienst (vgl. 4.2.)
- Weiterbildung durch das EPZ

4.1.3.3 Setting

Das Setting beinhaltet:

- einen Abstinenzbegriff, der eine klare Trennung von Arbeit und Freizeit beinhaltet und die Privatsphäre der KlientInnen respektiert. Dem herkömmlichen Begriff der Abstinenz stellen wir einen Begriff und eine Haltung gegenüber, die ein bewusstes Agieren ermöglicht, sich aber dem vorschnellen Ausagieren versagt;
- eindeutige Zuordnung der Asyl Suchenden zu einer/einem bestimmten therapeutischen FachmitarbeiterIn. Bei Bedarf können auch andere therapeutische FachmitarbeiterInnen beigezogen werden. Bei Abwesenheit (Krankheit, Ferien) einer Bezugsperson wird durch das Team des EPZ eine Stellvertretung angeboten;
- definierte Arbeitszeiten: Präsenz nur tagsüber, keine Nacht und Wochenenddienste;

- feste Bürozeiten (offene Sprechstunden) und Gespräche nach Vereinbarung ausserhalb der Sprechstunden (Ausnahme: im Notfall für Kriseninterventionen).

Das Setting dient

- als Stütze: Es gibt den KlientInnen einen selbstverständlichen Ort der Kommunikation, Halt, Sicherheit, Orientierung, Berechenbarkeit, Respekt und Schutz;
- als Arbeitsinstrument: Ob und wie sich jemand an das Setting halten kann, gibt Hinweise auf die Befindlichkeit der KlientInnen;
- als Erkenntnisinstrument in Bezug auf eigenes Agieren: Ein Aus-der-Rolle-fallen der therapeutischen FachmitarbeiterInnen kann durch ein Setting bzw. dessen Bruch überhaupt erst erkannt werden, in Bezug auf die KlientInnen reflektiert und korrigiert werden;
- der Förderung von Ressourcen der Asyl Suchenden (Förderung von Selbständigkeit und gegenseitiger Unterstützung).

4.1.3.4 Die aktive Präsenz

Die aktive Präsenz der therapeutischen FachmitarbeiterInnen im Rahmen des Settings mit klaren Präsenzzeiten und -regeln bildet - noch vor den formalen Betreuungsgesprächen - die Grundlage der Betreuung. Die Sicherheit, dass die therapeutischen FachmitarbeiterInnen im Büro anwesend sind (Vgl. Kap. 3: Holding, Containment, Zeugenfunktion, Übergangsraum/-objekt), dass sie die KlientInnen wahrnehmen, dass sie emotional zur Verfügung stehen und die Unsicherheit der Situation mittragen, kann für die Asyl Suchenden von grösster Bedeutung sein. Diese Sicherheit wird dadurch, dass die therapeutischen FachmitarbeiterInnen im Team arbeiten, in ständigem Austausch untereinander stehen und dies auch transparent machen, auch nicht geschmälert, wenn ein einzelnes Teammitglied ferien- oder krankheits halber abwesend ist.

- Den einen Asyl Suchenden reicht oft das Wissen um diese Präsenz, ohne dass sie selbst häufig das Büro aufsuchen. Mit ihnen werden regelmässig Gespräche abgemacht.
- Andere haben die Möglichkeit, sich selbst zusammen mit den EPZ-Verantwortlichen Alltagsrituale zu schaffen, in welchen diese Präsenz immer wieder überprüft wird.
- Wo die Asyl Suchenden dies selbst nicht können und es doch angezeigt ist, haben schliesslich die therapeutischen FachmitarbeiterInnen selbst auch die Möglichkeit, z.B. die Auszahlung der Sozialhilfe in Absprache mit den KlientInnen dazu zu nutzen, solche Rituale zu schaffen und so den direkten und emotionalen Kontakt nicht abbrechen zu lassen.

Gleichzeitig wird der Interaktion zwischen den therapeutischen FachmitarbeiterInnen und den Asyl Suchenden, aber auch dem Alltag der Asyl Suchenden eine Struktur gegeben.

Im einzelnen Fall werden diese (hier idealtypisch dargestellten) Modi kombiniert. Sie verändern sich dabei auch im Laufe der Zeit.

4.1.3.5 Gespräche

Mit den Asyl Suchenden

Je nach Notwendigkeit und Problematik werden bei Gesprächen für die Übersetzung so genannte „MediatorInnen“ beigezogen. Sie sind Asyl Suchende, die gut Deutsch sprechen, sich explizit für Übersetzungs- und Begleitaufgaben zur Verfügung stellen und vom Psychosozialen Dienst der Asyl-Organisation Zürich begleitet werden. In Einzelfällen werden auch externe ÜbersetzerInnen beigezogen. Es wird zwischen verschiedenen Arten von Gesprächen unterschieden, wenngleich die Grenzen zwischen diesen Gesprächen fließend sind, insbesondere auch was die Wirkung betrifft. So kann ein spontanes Gespräch über ein Alltagsproblem auch einen therapeutischen Charakter haben und eine entsprechende Wirkung entfalten.

- Therapeutische Gespräche können in Einzelfällen angeboten werden, vorausgesetzt es gibt die Möglichkeit, ein Arbeitsbündnis zu formulieren und zustande zu bringen. Bei Bedarf werden ÜbersetzerInnen beigezogen.
- Spontane Gespräche haben einen besonderen Charakter, da ihnen ein unmittelbares Problem zugrunde liegt, welches rasch angesprochen werden soll. Diese Gespräche haben gerade unter den Vorzeichen der starken Affekte von Asyl Suchenden in der Regel einen beruhigenden Charakter und vermitteln Sicherheit, Stabilität und Verlässlichkeit.
- Gespräche bei Kriseninterventionen finden bei Bedarf in Zusammenarbeit mit einer/einem NotfallpsychiaterIn statt.
- Übergabegespräch (mit GemeindevertreterInnen, Klinikpersonal u.a.m.): Sorgfältige Übergabegespräche sind wichtige Voraussetzungen, um neue Brüche im Leben der Asyl Suchenden möglichst zu vermeiden. Solche Gespräche finden bei einem Eintritt oder nach einem Klinik- oder Spitalaufenthalt statt.
- Aufnahme-, Austritts- und Wiederaufnahmegespräche finden ebenfalls im EPZ statt.
- Gespräche „vor Ort“: Wohnungs- oder Zimmerbesuche im EPZ werden nur in Notfallsituationen oder je nach Problematik in Absprache mit den Asyl Suchenden abgestattet, wenngleich es auf der Handlungsebene durchaus zu Begleitungen in die Privaträume kommen kann, wenn der/die Asylsuchende ein Problem im eigenen Lebensraum besser veranschaulichen und mitteilen will.
- Wenn nötig, werden die Asyl Suchenden in die Ambulatorien der Psychiatrischen Universitätsklinik, zu PsychiaterInnen und ÄrztInnen begleitet, wo gemeinsame Gespräche - auch unter Einbezug von ÜbersetzerInnen - stattfinden.
- Gespräche in Gruppen: Es finden regelmässig Gruppengespräche statt. Einerseits finden Gruppengespräche in der Grossgruppe statt. Andererseits finden auch Gruppengespräche auf der Ebene der BewohnerInnen einer Wohnung statt.
- Gruppengespräche in Form einer Hausversammlung finden statt bei besonderen Anlässen.
- Gespräche und Austausch mit verschiedenen Fachleuten und Fachstellen

(mit oder ohne Asyl Suchende): In einem „Round-Table“-Gespräch wird die Fallproblematik mit externen Fachleuten aus verschiedenen Institutionen (nach Möglichkeit auch mit Fachleuten aus der jeweiligen Kultur der Asyl Suchenden) besprochen. Die Gespräche finden entweder im EPZ oder auch in einer externen Institution statt, wie z.B. in einer psychiatrischen Einrichtung.

Fallbesprechungen

Dies geschieht in Form von:

- Supervision mit ethnologischem, psychoanalytischem Ansatz im gesamten Team;
- Intervention im Team oder zwischen einzelnen therapeutischen FachmitarbeiterInnen;
- Rapporte und Besprechungen an Teamsitzungen;
- Standortgespräch: In diesen Gesprächen zwischen einzelnen therapeutischen FachmitarbeiterInnen und Leitung werden bisherige auf einzelne Asyl Suchende bezogene Betreuungsansätze, Erfolge und Misserfolge reflektiert und unter Umständen neue Optionen, Massnahmen, Unterstützungen und Perspektiven formuliert.
- „Round-Table“-Gespräche (mit VertreterInnen verschiedener interner und externer Einrichtungen).

4.1.3.6 Administratives

Für die Erstellung der Budgets der Asyl Suchenden, die Auszahlung der Gelder und Gesuche für die Finanzierung individueller spezieller Bedürfnisse sind die therapeutischen FachmitarbeiterInnen zuständig. Sie werden dabei von der EPZ-Administration unterstützt. Für nicht individuelle finanzielle, statistische und administrative Belange ist die EPZ-Administration zuständig.

4.1.4 Zusammenleben, Wohnen und Alltagsgestaltung

Das Wohnen im EPZ erfordert eine minimale Selbstständigkeit und soziale Kompetenz. Die Asyl Suchenden gestalten ihren Alltag selbst, im EPZ selbst gibt es keine Tagesstrukturen.

Die Asyl Suchenden sind für ihre Verpflegung und die Reinigung ihrer Räume selbst verantwortlich. Je nach Familiengrösse oder wenn die Asyl Suchenden alleinstehend sind, leben sie in Wohnungen, welche sie mit anderen teilen (Küche und Dusche werden gemeinsam benutzt). Für den Informationsaustausch zwischen den therapeutischen FachmitarbeiterInnen und den Asyl Suchenden finden bei Bedarf Hausversammlungen statt.

Die gegenseitige Hilfe unter den Asyl Suchenden wird gefördert und Eigeninitiative unterstützt. Platzierungen werden sorgfältig nach bestimmten Kriterien geplant und realisiert.

4.1.5 Zusammenarbeit mit internen und externen Institutionen

Grosses Gewicht wird auf eine enge Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Asyl-Organisation Zürich gelegt:

- Workfare: Viele unserer KlientInnen werden dort nach ihren individuellen Möglichkeiten in niederschweligen Beschäftigungsprogrammen integriert und erhalten dadurch eine Tagesstruktur.
- TAST: Jugendliche KlientInnen werden ins TAST integriert, andere Jugendliche aus dem TAST leisten Unterstützungsdienste im EPZ wie Begleitungen von Kindern in die Schule, leichtere Pflege- und Hauswirtschaftsdienste.
- PSD: ÜbersetzerInnen und MediatorInnen aus dem PSD werden in die Betreuung im EPZ fallspezifisch miteinbezogen. Eine Zusammenarbeit mit Freiwilligen nach definierten Vereinbarungen wird im EPZ punktuell praktiziert. Im EPZ werden für Übersetzungen auch Freiwillige miteinbezogen.

Mit folgenden externen Stellen sowie professionellen und nichtprofessionellen Personen, wird im EPZ fallbezogen zusammengearbeitet:

- ÄrztInnen
- PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen
- LehrerInnen
- SozialarbeiterInnen
- Arbeitsamt/RAV
- Vormundschaftsbehörden
- Verwandte und Bekannte der Asyl Suchenden

4.1.6 Grundsätzliches zur Organisation

4.1.6.1 Übertrittsformalitäten

Ein Kurzbericht der bisherigen Einrichtung über Wohnen, Gesundheitsbereich, Arbeit, Beschäftigung, fürsorgerische Leistungen (Finanzen) sollte nach Möglichkeit beim Übertritt vorliegen, eine schriftliche Begründung für einen Eintritt ins EPZ ist erwünscht. Ebenso ist ein ärztlicher Bericht erforderlich, der die Notwendigkeit eines Aufenthalts im EPZ begründet.

4.1.6.2 Austritt

Austritte werden in der Regel ebenfalls mit der Betreuung im EPZ vorbereitet und geplant.

Mögliche Austrittsgründe sind:

Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens, grössere Selbständigkeit, Stabilität, nur noch reduzierte Teilbetreuung erforderlich, Anerkennung als Flüchtling, freiwillige Rückkehr, Ausweisung, Gewalttätigkeit, schwere Delinquenz.

4.1.6.3 Anschlussprogramm

Um grössere Schwierigkeiten bei der Umplatzierung vor allem von Familien mit schulpflichtigen Kindern zu vermeiden, werden Austritte so geplant, dass die betroffenen Asyl Suchenden und deren Kinder wenn möglich ihre während des EPZ-Aufenthalts besuchten Schulen sowie die aufgebauten Infrastrukturen und sozialen Netze weiter nutzen und benützen können. Deshalb treten viele Asyl Suchende aus dem EPZ entweder in andere Unterkünfte der Asyl-Organisation Zürich oder in den freien Wohnungsmarkt der Stadt Zürich über. Sie können aber auch in einer Gemeinde des Kantons Zürich platziert werden. Oft ist es sinnvoll, die Asyl Suchenden auch nach ihrem Austritt während einer gewissen Zeit durch das EPZ ambulant zu betreuen.

4.2 Ethnologisch-psychologischer Konsiliardienst

4.2.1 Für die Gemeinden

Den Gemeinden steht durch die Leiterin des EPZ ein ethnologisch-psychologischer Konsiliardienst zur Verfügung, der über die Abt. Asylfürsorge der kantonalen Fürsorgedirektion erreichbar ist. Der ethnologisch-psychologische Konsiliardienst berät und unterstützt, telefonisch oder auf Anfrage vor Ort, die BetreuerInnen und die Verantwortlichen der Behörden in den Gemeinden bei Problemfällen in Form von Fallbesprechungen.

Inhalt und Ziel solcher Fallbesprechungen sind:

- Darlegen der Problematik des Falles
- Klärung der Betreuungsaufgabe
- Klärung der Zuständigkeitsbereiche
- Klärung des Settings
- Besprechen von Kriseninterventionen
- Handlungsorientierungen bezüglich Betreuung und Fürsorge
- Prüfung einer eventuellen Aufnahme in das EPZ (bei gegebener Indikation)

An den Fallbesprechungen können therapeutische FachmitarbeiterInnen, VertreterInnen der Gemeindebehörden, LehrerInnen und andere Fachleute je nach Wunsch und Voranmeldung teilnehmen. Die KlientInnen selbst nehmen nicht an diesen Sitzungen teil. Der ethnologisch-psychologische Konsiliardienst macht keine Kriseninterventionen auf KlientInnenebene, er ist kein Notfalldienst.

4.2.2 Für psychiatrische, medizinische und soziale Einrichtungen

Auf Anfrage kann der ethnologisch-psychologische Konsiliardienst auch von externen Einrichtungen beauftragt werden.

Der Auftrag wird im Einzelfall mit der jeweiligen Institution ausgehandelt. Unsere Angebote sind:

- Fallbesprechungen mit Betreuenden, Behandelnden und JuristInnen
- Beratung im speziellen Auftrag von Kliniken, juristischen Institutionen usw.
- Weiter- und Fortbildungen auf Anfrage

5. Forschung, Fortbildung, wissenschaftliche Tätigkeit

Die Arbeit des EPZ versteht sich nicht nur als Betreuungstätigkeit, sondern gleichzeitig als forschende Tätigkeit. Deshalb werden neben der Betreuungstätigkeit auch folgende Aufgaben übernommen:

- Forschungen im Rahmen von Auftragsforschungen, universitären Forschungsvorhaben etc.
- Weiter- und Fortbildungen für Einrichtungen, die mit Asyl Suchenden arbeiten (Psychiatrie, Unterbringungseinrichtungen für Asyl Suchende etc.)
- Wissenschaftliche Tätigkeiten im Bereich von Publikationen, Fachartikeln etc.

6. Personelles

Das EPZ-Team setzt sich aus sechs qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und einer EPZ-Leiterin aus den Bereichen Ethnologie und Psychologie zusammen. Es wird durch einen EPZ-Administrator unterstützt.

Die Qualifikationen der EPZ MitarbeiterInnen sind:

- abgeschlossenes Hochschulstudium in Ethnologie und /oder Psychologie
- mehrjährige Berufserfahrung

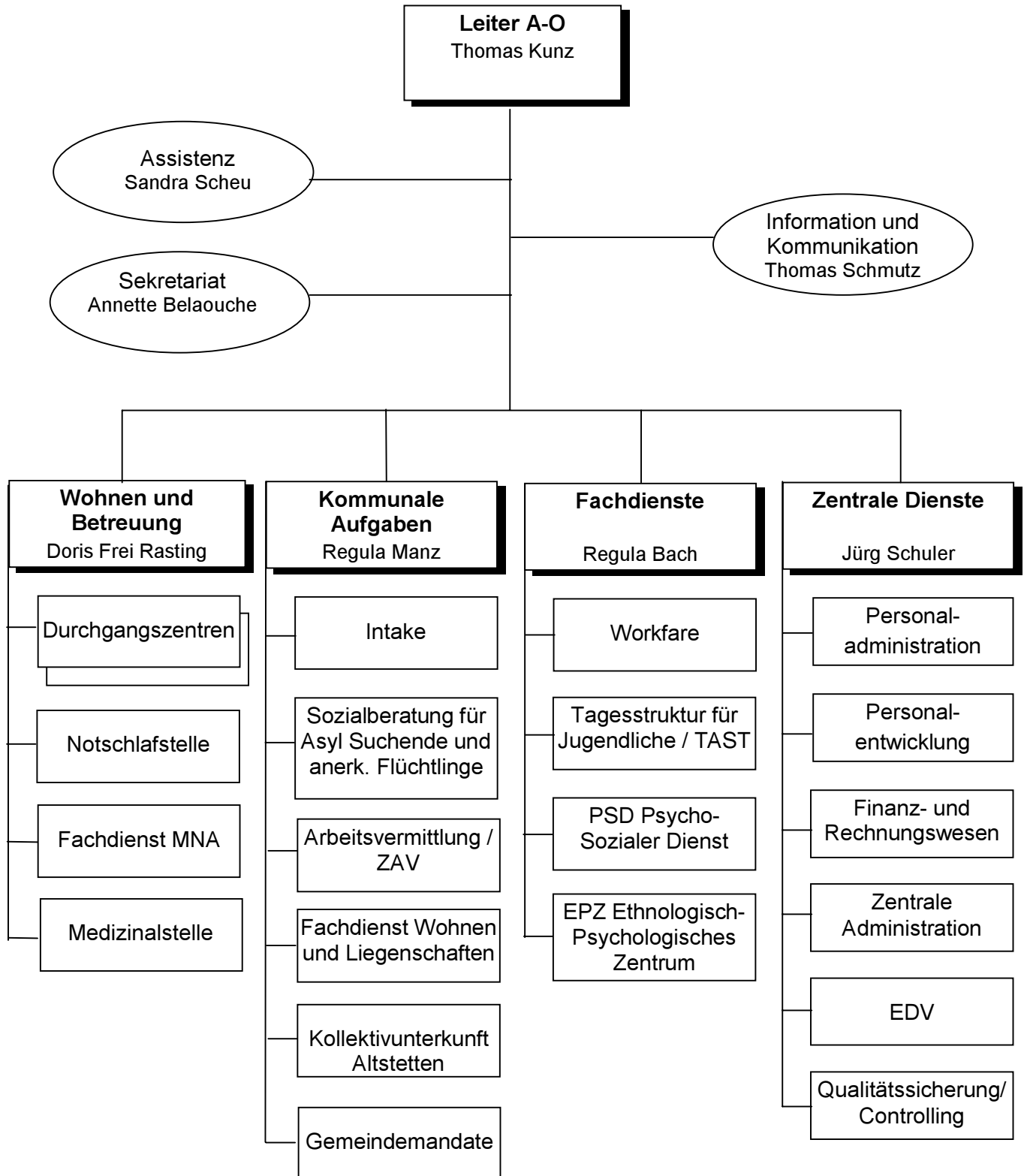
Darüber hinaus verfügen die MitarbeiterInnen des EPZ über folgende Qualifikationen:

- psychotherapeutische/psychoanalytische Zusatzausbildung
- langjährige eigene Psychoanalyse oder Psychotherapie
- gute Kenntnisse in Ethnopsychologie, Ethnopschoanalyse, Ethnopsychiatrie, Ethnomedizin
- Feldforschungs- oder längere andere Ausländerfahrung
- Berufserfahrung mit MigrantInnen im Sozialbereich
- Erfahrung in konzeptioneller, therapeutischer und wissenschaftlicher Arbeit
- Erfahrung in Teamarbeit
- mindestens zwei Fremdsprachen
- grundlegende EDV-Kenntnisse

Zürich, Oktober 2003

Organigramm 2003

Asyl-Organisation Zürich



Publikationen und Beiträge des Ethnologisch-Psychologischen Zentrums (EPZ)

1999

Ninck Gbeassor, D., Schär Sall H., Signer, D., Stutz, D., Wetli, E. (1999). Überlebenskunst in Übergangswelten. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden. Berlin (Dietrich Reimer Verlag).

2000

Bazzi, D., Schär Sall, H., Signer, D., Wetli, E., Wirth, D.P. (2000) Fluchten, Zusammenbrüche, Asyl. Fallstudien aus dem Ethnologisch-Psychologischen Zentrum in Zürich. Zürcher Arbeitspapiere zur Ethnologie 12/2000. Mit einem Vorwort von David Becker. Zürich (Argonaut Verlag).

2001

Schär Sall, H. Intermediärer Raum und ein lebensweltbezogener Zugang zu Asyl Suchenden in psychischen Schwierigkeiten, Stutz, D. Zur Differenz von Fremdem und Neuem. Die Relevanz der Verknüpfung körperlicher Symptome mit der individuellen Geschichte am Beispiel einer kurdischen Familie, Wetli, E. Krisenprävention und Intervention bei psychisch kranken Asyl Suchenden. In: Moser., Nyfeler, D., Verwey, M. (Hg.) (2001): Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes. Zürich (Seismo Verlag) 97-113.

2002

Schär Sall, H. Stutz, D. Wie lebt die Ethnopsychoanalyse am Ethnologisch-Psychologischen Zentrum weiter? Teil I und Teil II. In: Egli, W., Saller, V., Signer, D. (Hg.) (2002). Neuere Entwicklungen der Ethnopsychoanalyse. Beiträge zu einer Tagung im Dezember 2001 in Zürich. Münster, Hamburg, London (Lit-Verlag).

2003

Sölch, Alexander. Männlichkeit und Traumatisierungen. In: Forster, E., Bieringer, I., Lamott, Fr., (Hg.) (2003). Migration und Trauma. Beiträge zu einer reflexiven Flüchtlingsarbeit. Münster, Hamburg, London (Lit-Verlag).

2003

Schär Sall, Heidi, Wetli, Elena. Kriegstrauma – wie weit kann Rehabilitation gelingen? Schwierige Annäherung an seelische Verletzungen. Die Sprache des Traumas – ein Fallbeispiel. In: NZZ, Nr. 86, 12./13.04.2003. Zürich.

B Stellenbeschreibungen

S T E L L E N B E S C H R E I B U N G

1. Stellenbezeichnung/Stellennummer im Stellenplan

-Leitung EPZ und konsiliarsicher Dienst EPZ

2. Anforderungsprofil

- Hochschulabschluss in Sozial- oder Geisteswissenschaften (Ethnologie, Psychologie oder vergleichbare Richtung)
- psychotherapeutische oder psychoanalytische Zusatzausbildung oder eigene mehrjährige Psychoanalyse oder Psychotherapie
- mehrjährige therapeutische Berufserfahrung im Bereich Gesundheit und Migration (umfassende Kenntnisse in Ethnopsychologie, Ethnopschoanalyse, Ethnopsychiatrie)
- eigene Feldforschung im Ausland- oder gleichwertige Auslanderfahrung
- Berufserfahrung mit Gruppenkonzepten und mit psychisch kranken und traumatisierten Menschen sowie Berufserfahrung mit Super- und Intervision
- mehrjährige Führungserfahrung eines mittleren Betriebs im Sozial- oder Gesundheitswesen
- Erfahrung in Personalführung
- Führungskompetenzen: gute Kommunikationsfähigkeit, Verhandlungsgeschick, Durchsetzungsvermögen; sicheres Auftreten nach aussen und innen, Organisations- und Koordinationsstalent
- Erfahrung in Beratung , Zusammenarbeit und Vernetzungsarbeit mit Behörden und Fachleuten gesamtschweizerisch und international im Fachgebiet
- Erfahrung in Projektarbeit: finanzielle und inhaltliche Planung, Projektrealisation und -evaluation, Zeit- und Kostenkontrolle; analytische und konzeptionelle Fähigkeiten; Gewandtheit in Wort und Schrift in deutscher Sprache
- Fähigkeit, adäquate Instrumente zur Erfolgskontrolle der Leistungsangebote zu planen und umzusetzen
- Erfahrung in konzeptioneller und wissenschaftlicher Arbeit (eigene Publikationen erwünscht)
- Kenntnisse von mindestens zwei Fremdsprachen
- gute EDV- und administrative, buchhalterische und sozialarbeiterische Kenntnisse

3. Pensum

•

4. Eingliederung

- Abteilung Fachdienste / Ethnologisch-Psychologisches Zentrum EPZ

5. StelleninhaberIn / Eintritt / In Funktion seit

- VN NN / TT.MM.JJJJ / TT.MM.JJJJ

6. Zielsetzung • Verantwortung für die professionelle Auftragserfüllung im Fachdienst EPZ • Verantwortung für die Weiterentwicklung des einrichtungsspezifischen Konzeptes des EPZ und dessen wissenschaftlicher Verankerung im Bereich Gesundheit und Migration (Publikationen, Referate, Tagungsbeiträge, wissenschaftliche Forschungsarbeit) u.a. auch im Hinblick auf finanzielle Absicherung der Institution • Erfüllung aller Leitungsaufgaben (Betriebsführung, Personalführung, Budget, Vertretung des Fachdienstes nach innen und nach aussen etc.) •
7. Name und Stellenbezeichnung der direkten Vorgesetzten • Regula Bach, Leiterin Abteilung Fachdienste
8. Name und Stellenbezeichnungen der direkt unterstellten Mitarbeiter/innen – VN NN (Stv.-Leiter) – VN NN, Ethno therapeutische Fachmitarbeiterin – VN NN, Ethno therapeutischer Fachmitarbeiter – VN NN, Ethnotherapeutischer Fachmitarbeiter – VN NN, Ethnotherapeutischer Fachmitarbeiter – VN NN, Ethno therapeutische Fachmitarbeiterin – VN NN, Assistent
9. Der Stelleninhaber/die StelleninhaberIn wird vertreten von • VN NN, Springer und Stv. Leiter EPZ, gemäss dessen Stellenbeschrieb
10. Der/die StelleninhaberIn vertritt •
11. Vollmachten / Berechtigungen gemäss AÖZ Kompetenzordnung (in Erarbeitung) • Einfache Unterschrift im Briefverkehr betreffend Klientel und Betrieb des Hauses • Doppelte Unterschrift im Bank- und Postverkehr • Budgetkompetenz und –verantwortung bezüglich Klientel und Hausbetrieb

12. Hauptaufgaben

- **Fachverantwortung:** Gewährleisten der professionellen Auftragserfüllung und Weiterentwicklung des EPZ-eigenen Konzeptes aufgrund eigener Forschungs-Erfahrungen und durch Auseinandersetzung mit aktuellem Stand der Forschung in Ethnopsychologie, Ethnopschoanalyse, Ethnopsychiatrie etc.
- **Konsiliarische Tätigkeit**
- **Mitarbeit im Fachdienst:** Entscheid bei der Aufnahme; Kriseninterventionen
- **Betrieb**
Sicherstellung der betrieblichen Abläufe der Unterkünfte wie einer adäquaten Platzierung der Asyl suchenden im EPZ inkl. der ethnopsychologischen Betreuung und Sozialhilfeleistungen für die Klientel (100 Personen)
- **Sicherstellung der Wohneinrichtungen und der entsprechenden Infrastruktur sowie deren Sicherheit und hygienischen Erfordernissen**
- Sicherstellung eines Konfliktmanagements für die Klientel und allenfalls eines Notfalldispositivs für die Klientel bei Abwesenheiten
- Budgetverantwortung; Ueberwachen der Umsetzung aller massgeblichen Richtlinien (OWHB, Sozialhilfe etc.); Erstellen von Konzepten und Berichten
- **Personalführung:** regelmässige Zielvereinbarungen, Standortgespräche und Beurteilungsgespräche; Förderung der Teamkultur, Sicherstellen von Information und Kommunikation (Teamsitzungen, Retraiten, etc.) und sinnvoller Einsatz der personellen Ressourcen; Jahresplanung etc.
- **Qualitätssicherung:** Fallbesprechungen an Teamsitzungen und in Supervisionen und Interventionen; Beratung der EPZ-MitarbeiterInnen in fachlichen Fragen; Verantwortung für die Entwicklung geeigneter QS-Instrumente
- **Öffentlichkeitsarbeit:** Vertretung des Fachdienstes und dessen Ausrichtung nach innen und aussen, Pflege von Kontakten, Förderung der strukturellen und inhaltlichen Zusammenarbeit AO-intern wie extern, Verantwortung bez. Erscheinungsbild des Fachdienstes EPZ in Absprache mit Leiterin Abteilung Fachdienste
- **Vernetzung:** Mitwirken in oder Leitung von Gremien und Fachgruppen zu übergeordneten Themen (AO-intern und extern)
- **Akquisition neuer Aufträge bzw. Absichern des bestehenden Auftrages:** Projektanträge bzw. Leistungsvereinbarungen formulieren, Verhandeln, Kosten kalkulieren etc. in Absprache mit Leiterin Abteilung Fachdienste
- **Wissenschaftliche Arbeit**
Beiträge an Fachtagungen, Publikationen etc.; Anbieten von Weiterbildungen und Vorträgen in anderen Institutionen wie auch innerhalb der Asyl-Organisation etc.

13. Nebenaufgaben

-)

Zürich, den

Unterschrift des/der Stelleninhabers/In:

Zürich, den

Unterschrift des/der direkten Vorgesetzten:

Hinweis für den/die StelleninhaberIn:

Durch diese Stellenbeschreibung sind Ihre Aufgaben und Kompetenzen verbindlich festgelegt. Sie sind verpflichtet, in diesem Rahmen selbständig zu handeln und zu entscheiden. Sie müssen Ihren unmittelbaren Vorgesetzten/Ihre unmittelbare Vorgesetzte umgehend informieren, wenn sich in Ihrer Tätigkeit wesentliche Abweichungen von der Beschreibung ergeben haben.

Bemerkungen/Änderungsvermerke:

Geändert am:

Unterschrift des/der Stelleninhabers/In:

Unterschrift des/der direkten Vorgesetzten:

S T E L L E N B E S C H R E I B U N G	
1.	Stellenbezeichnung/Stellennummer im Stellenplan -Stellvertretende Leitung EPZ mit Sonderaufgaben -Springer, d.h. Vertretung der ethnotherapeutischen Fachmitarbeiter
3.	Anforderungsprofil – Hochschulabschluss in Sozial- oder Geisteswissenschaften (Ethnologie, Psychologie oder vergleichbare Richtung) – psychotherapeutische oder psychoanalytische Zusatzausbildung oder eigene mehrjährige Psychoanalyse oder Psychotherapie – mehrjährige therapeutische Berufserfahrung im Bereich Gesundheit und Migration (Kenntnisse in Ethnopsychologie, Ethnopsychanalyse, Ethnopsychiatrie) und speziell im Umgang mit psychisch kranken und traumatisierten Personen – Berufserfahrung als ethnotherapeutischer Fachmitarbeiter im EPZ – eigene Feldforschung im Ausland- oder gleichwertige Auslands Erfahrung – Erfahrung in konzeptioneller und wissenschaftlicher Arbeit – Interesse an Gruppenkonzepten und Berufserfahrung mit Gruppenkonzepten und Bereitschaft für Supervision und Intervention – Interesse an betriebswirtschaftlichen Fragen – Organisationstalent – Gute Kommunikationsfähigkeit und Durchsetzungsvermögen – Hohe Flexibilität und grosse Belastbarkeit – Kenntnisse in mindestens zwei Fremdsprachen – gute EDV- und administrative, buchhalterische und sozialarbeiterische Kenntnisse
3.	Pensum •
4.	Eingliederung • Abteilung Fachdienste / Ethnologisch-Psychologisches Zentrum EPZ
5.	StelleninhaberIn / Eintritt / In Funktion seit • VN NN / TT.MM.JJJJ / TT.MM.JJJJ

6. Zielsetzung • Sicherstellen eines geordneten Betriebs bei Abwesenheit der Leitung EPZ (Vertretung in allen dringlichen betrieblichen und fachlichen Fragen, personelle Entscheide nur in Absprache mit Abteilungsleitung) • Entlastung der EPZ-Leitung bei betriebswirtschaftlichen und fachlichen Fragen • Unterstützung, Entlastung und Vertretung der ethnotherapeutischen FachmitarbeiterInnen • Umsetzung des einrichtungsspezifischen Konzeptes des EPZ: Ethnopsychologische therapeutische Begleitung und fürsorgliche Unterstützung von Asyl Suchenden (evtl. auch anderer MigrantInnen) in besonderen psychischen, sozialen, und gesundheitlichen Situationen) • Mitarbeit bei der Weiterentwicklung des EPZ-Konzeptes und dessen wissenschaftlicher Verankerung (Publikationen, Referate, Tagungsbeiträge, wissenschaftliche Forschungsarbeit) im Bereich Gesundheit und Migration (u.a. auch im Hinblick auf finanzielle Absicherung der Institution)
7. Name und Stellenbezeichnung der direkten Vorgesetzten • VN NN, Leiterin EPZ
8. Name und Stellenbezeichnungen der direkt unterstellten Mitarbeiter/innen – (keine)
9. Der Stelleninhaber/die StelleninhaberIn wird vertreten von •
10. Der StelleninhaberIn vertritt • die Leitung EPZ, VN NN und • als Springer die FachmitarbeiterInnen (nach Möglichkeit)
11. Vollmachten / Berechtigungen • Einfache Unterschrift im Briefverkehr betreffend Klientel und Betrieb des Hauses • Doppelte Unterschrift im Bank- und Postverkehr • Budgetkompetenz und –verantwortung bezüglich Klientel und Hausbetrieb

12. Hauptaufgaben

Der Springer übernimmt nach Möglichkeit die Aufgaben der FachmitarbeiterInnen während deren Ferien, bei Krankheiten und anderen Abwesenheiten:

- **Ethnopsychologische therapeutische Begleitung**
 - Aufnahmeverfahren in Zusammenarbeit mit der Leitung EPZ
 - Sorgfältige Platzierung im Haus (Vorbereiten der anderen BewohnerInnen etc.)
 - Fallanalysen, Abklärungsgespräche, Prozess- und Systemanalysen
 - Unterstützung des Klientels bei der Alltagsbewältigung
 - Kriseninterventionen
 - Ethnopsychologische Gespräche (Einzel- sowie Familien- und Gruppengespräche) mit oder ohne UebersetzerInnen
 - Umgang mit anhaltenden Krisensituationen und Uebernahme einer psychologischen Zeugenfunktion
 - Organisieren des Zusammenlebens der HausbewohnerInnen (Hausversammlungen, Konfliktlösungen, Hausdienst etc.)
 - Kontakte, Abklärungen und Zusammenarbeit mit verschiedenen internen und externen Einrichtungen, Fachstellen, Behörden (psychiatrische Einrichtungen, Hausärzte, Vormundschaftsbehörden, Schulen, Kliniken, Heime etc.)
 - Vermitteln zwischen den KlientInnen und internen und externen Stellen
 - Begleitung der beigezogenen MediatorInnen und ÜbersetzerInnen
 - Austrittsvorbereitungen, Austrittsgespräche, Nachbetreuung
- **Reflexion und Qualitätssicherung der Arbeit**
 - Fallbesprechungen an Teamsitzungen und in Supervisionen und Interventionen
 - eigene Weiterbildung und Fachlektüre
 - Austausch mit externen Fachstellen
- **Fürsorgerische Unterstützung und administrative, buchhalterische Aufgaben**
 - Führen der KlientInnendossiers (u.a. regelmässige Aktennotizen)
 - Erstellen der Monatsbudgets gemäss Sozialhilfe Richtlinien der AOZ; direkte Auszahlung an KlientInnen; Einkommensverwaltung und Beratung in finanziellen Angelegenheiten); Erstellen der Angaben für die Asylkommission zu Handen der Assistenz EPZ
 - Budgetverantwortung bezüglich Hausbetrieb
 - Führen der hauseigenen Handkasse und monatliche Abrechnung
 - Umsetzen der OWHB-Richtlinien
 - Führen von Statistiken
- **Hausbetrieb**
 - Verantwortung für den gesamten Betrieb im Haus (Sicherheit, Hausunterhalt etc.)

- **Team und Gesamtorganisation**

- Mitarbeit in Arbeitsgruppen und Gremien intern und extern
- Teilnahme an Teamsitzungen sowie an Team- und Fallsupervision
- Mitarbeit an der Weiterentwicklung des Angebots, des Konzepts und der therapeutischen Ansätze

Wissenschaftliche Arbeit

- Wissenschaftliche Beiträge an Fachtagungen etc.
- Anbieten von Weiterbildungen und Vorträgen in anderen Institutionen wie auch innerhalb der Asyl-Organisation etc.
- -Teilnahme an wissenschaftlichen Studien

Der stellvertretende Leiter übernimmt die Leitungsaufgaben in betrieblicher und fachlicher Hinsicht während der Ferien, Krankheiten oder anderer längerdauernden Abwesenheiten. (Für personelle Fragen ist hingegen die Abteilungsleitung zuständig.)

Zur Entlastung der EPZ-Leitung erfüllt der Stellvertretende Leiter ständig folgende Aufgaben:

- Intervention, Beratung, spezielle Einzel-Gespräche mit KlientInnen
- Unterstützung/Entlastung der FachmitarbeiterInnen bei Kriseninterventionen
- Support der FachmitarbeiterInnen in Fragen des Betriebes der Häuser
- Erstellen und Überwachen des Betriebsbudgets in Zusammenarbeit mit Assistenz
- Erarbeiten der Tarifstruktur für die EPZ-Unterbringung
- Abklärung weiterer Finanzierungsmöglichkeiten
- Erstellen von Statistiken in Zusammenarbeit mit Assistenz
- Schnittstellenfunktion für das Angebot für Anerkannte Flüchtlinge
- Pflege und Förderung des Fach- und Beratungsaustausches mit den AOZ internen Institutionen und Stellen

13. Nebenaufgaben

- --

Zürich, den

Unterschrift des/der Stelleninhabers/In:

Zürich, den

Unterschrift des/der direkten Vorgesetzten:

Hinweis für den/die StelleninhaberIn:

Durch diese Stellenbeschreibung sind Ihre Aufgaben und Kompetenzen verbindlich festgelegt. Sie sind verpflichtet, in diesem Rahmen selbständig zu handeln und zu entscheiden. Sie müssen Ihren unmittelbaren Vorgesetzten/Ihre unmittelbare Vorgesetzte umgehend informieren, wenn sich in Ihrer Tätigkeit wesentliche Abweichungen von der Beschreibung ergeben haben.

Bemerkungen/Änderungsvermerke:

Geändert am:

Unterschrift des/der **Stelleninhabers/In:**

Unterschrift des/der **direkten Vorgesetzten:**

S T E L L E N B E S C H R E I B U N G	
1. Stellenbezeichnung/Stellennummer im Stellenplan	-Ethnotherapeutischer Fachmitarbeiter
4. Anforderungsprofil	– Hochschulabschluss in Sozial- oder Geisteswissenschaften (Ethnologie, Psychologie oder vergleichbare Richtung) – psychotherapeutische oder psychoanalytische Zusatzausbildung oder eigene mehrjährige Psychoanalyse oder Psychotherapie – mehrjährige therapeutische Berufserfahrung im Bereich Gesundheit und Migration (Kenntnisse in Ethnopsychologie, Ethnopsychanalyse, Ethnopsychiatrie) – eigene Feldforschung im Ausland- oder gleichwertige Ausländerfahrung – Erfahrung in konzeptioneller und wissenschaftlicher Arbeit – Interesse an Gruppenkonzepten und. Bereitschaft für Super- und Intervention – Kenntnisse in mindestens zwei Fremdsprachen – gute EDV- und administrative Kenntnisse
3. Pensum	•
4. Eingliederung	•
5. StelleninhaberIn / Eintritt / In Funktion seit	•
6. Zielsetzung	• Umsetzung des einrichtungsspezifischen Konzeptes des EPZ: Ethnopsychologische therapeutische Begleitung und fürsorgliche Unterstützung von Asyl Suchenden (evtl. auch anderer MigrantInnen) in besonderen psychischen, sozialen, und gesundheitlichen Situationen) • Organisieren und Begleiten des Zusammenlebens der Bewohner (Hausversammlungen, Konfliktlösungen, Hausdienst etc.); Sicherstellen eines geordneten Betriebes im Haus • Mitarbeit bei der Weiterentwicklung des EPZ-Konzeptes und dessen wissenschaftlicher Verankerung (Publikationen, Referate, Tagungsbeiträge, wissenschaftliche Forschungsarbeit) im Bereich Gesundheit und Migration (u.a. auch im Hinblick auf finanzielle Absicherung der Institution)
7. Name und Stellenbezeichnung der/des direkten Vorgesetzten	• VN NN, Leiterin EPZ
8. Name und Stellenbezeichnungen der direkt unterstellten Mitarbeiter/innen	– (keine)

9. Der Stelleninhaber/die StelleninhaberIn wird vertreten von • VN NN, Springer und Stv. Leiter EPZ
10. Der/die StelleninhaberIn vertritt •
11. Vollmachten / Berechtigungen • Einfache Unterschrift im Briefverkehr betreffend Klientel und Betrieb des Hauses • Doppelte Unterschrift im Bank- und Postverkehr • Budgetkompetenz und –verantwortung bezüglich Klientel und Hausbetrieb
12. Hauptaufgaben • Ethnopsychologische therapeutische Begleitung – Aufnahmeverfahren in Zusammenarbeit mit der Leitung EPZ – Sorgfältige Platzierung im Haus (Vorbereiten der anderen BewohnerInnen etc.) – Fallanalysen, Abklärungsgespräche, Prozess- und Systemanalysen – Unterstützung des Klientels bei der Alltagsbewältigung – Kriseninterventionen – Ethnopsychologische Gespräche (Einzel- sowie Familien- und Gruppengespräche) mit oder ohne UebersetzerInnen – Umgang mit anhaltenden Krisensituationen und Uebernahme einer psychologischen Zeugenfunktion – Organisieren des Zusammenlebens der HausbewohnerInnen (Hausversammlungen, Konfliktlösungen, Hausdienst etc.) – Kontakte, Abklärungen und Zusammenarbeit mit verschiedenen internen und externen Einrichtungen, Fachstellen, Behörden (psychiatrische Einrichtungen, Hausärzte, Vormundschaftsbehörden, Schulen, Kliniken, Heime etc.) – Vermitteln zwischen den KlientInnen und internen und externen Stellen – Begleitung der beigezogenen MediatorInnen und ÜbersetzerInnen – Austrittsvorbereitungen, Austrittsgespräche, Nachbetreuung • Reflexion und Qualitätssicherung der Arbeit – Fallbesprechungen an Teamsitzungen und in Supervisionen und Interventionen – eigene Weiterbildung und Fachlektüre – Austausch mit externen Fachstellen • Fürsorgerische Unterstützung und administrative, buchhalterische Aufgaben – Führen der KlientInnendossiers (u.a. regelmässige Aktennotizen) – Erstellen der Monatsbudgets gemäss Sozialhilfe Richtlinien der AOZ; direkte Auszahlung an KlientInnen; Einkommensverwaltung und Beratung in finanziellen Angelegenheiten); Erstellen der Angaben für die Asylkommission zu Handen der Assistenz EPZ – Budgetverantwortung bezüglich Hausbetrieb – Führen der hauseigenen Handkasse und monatliche Abrechnung – Umsetzen der OWHB-Richtlinien – Führen von Statistiken • Hausbetrieb – Verantwortung für den gesamten Betrieb im Haus (Sicherheit, Hausunterhalt etc.)

- **Team und Gesamtorganisation**

- Stellvertretung anderer Ethnotherapeutischer FachmitarbeiterInnen bei Ferien und Krankheit
- Mitarbeit in Arbeitsgruppen und Gremien intern und extern
- Teilnahme an Teamsitzungen sowie an Team- und Fallsupervision
- Mitarbeit an der Weiterentwicklung des Angebots, des Konzepts und der therapeutischen Ansätze

Wissenschaftliche Arbeit

- Wissenschaftliche Beiträge an Fachtagungen etc.
- Anbieten von Weiterbildungen und Vorträgen in anderen Institutionen wie auch innerhalb der Asyl-Organisation etc.
- Teilnahme an wissenschaftlichen Studien

13. Nebenaufgaben

- --

Zürich, den

Unterschrift des/der Stelleninhabers/In:

Zürich, den

Unterschrift des/der direkten Vorgesetzten:

Hinweis für den/die StelleninhaberIn:

Durch diese Stellenbeschreibung sind Ihre Aufgaben und Kompetenzen verbindlich festgelegt. Sie sind verpflichtet, in diesem Rahmen selbständig zu handeln und zu entscheiden. Sie müssen Ihren unmittelbaren Vorgesetzten/Ihre unmittelbare Vorgesetzte umgehend informieren, wenn sich in Ihrer Tätigkeit wesentliche Abweichungen von der Beschreibung ergeben haben.

Bemerkungen/Änderungsvermerke:

Geändert am:

Unterschrift des/der Stelleninhabers/In:

Unterschrift des/der direkten Vorgesetzten:

STELLENBESCHREIBUNG	
1. Stellenbezeichnung/Stellennummer im Stellenplan	– Assistenz EPZ
2. Anforderungsprofil	– Hochschulstudium (Betriebswirtschaft) – Mehrjährige Berufserfahrung – Kenntnisse in der Sozialhilfe (insbesondere auch Sozialversicherungswesen wie AHV/ALV, IV, Ergänzungsleistungen, BVG etc.) – Gute Kenntnisse und Erfahrung in Budgetierung, Buchhaltung und Rechnungswesen und Erfahrung im Erstellen für Statistiken auch für wissenschaftliche Zwecke – Gute EDV-Kenntnisse (MS Word, Excel, Access) – Selbständige und sehr exakte Arbeitsweise – Fähigkeit zur Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team und Durchsetzungsvermögen – Fähigkeit, komplexe organisatorische Abläufe zu handhaben – Erfahrung in Projektarbeit – Interesse an der Thematik der Betreuung von psychisch belasteten MigrantInnen
3. Pensum	–
4. Eingliederung	– Fachdienste / Ethnologisch-Psychologisches Zentrum EPZ
5. StelleninhaberIn / Eintritt / In Funktion seit	– VN NN / TT.MM.JJJJ
6. Zielsetzung	– Gewährleistung und Kontrolle der finanziellen Abläufe des EPZ (Rechnungswesen, Fürsorgebudgets, Abrechnungen) gemäss AOZ Richtlinien in Zusammenarbeit mit Rechnungswesen und Controlling der AOZ – Sicherstellen der korrekten Erstellung aller Sozialhilfe-Budgets gemäss Richtlinien des BFF und Kompetenzordnung der Fürsorgebehörde der Stadt Zürich bzw. AOZ-Richtlinien – Verbesserung und Entwicklung der Einrichtung in betriebswirtschaftlicher Hinsicht – Sicherstellen aller administrativen Abläufe (u.a. auch Führen der Statistiken) – Support und Entlastung der Leitung und des Teams des EPZ in allen administrativen Belangen und 1. EDV-Support – Unterstützung bei wissenschaftlichen Arbeiten
7. Name und Stellenbezeichnung der direkten Vorgesetzten	– VN NN, EPZ-Leitung

8. Name und Stellenbezeichnungen der direkt unterstellten Mitarbeiter/innen – Niemanden
9. Der Stelleninhaber/die StelleninhaberIn wird vertreten durch – Niemanden
10. Der/die StelleninhaberIn vertritt – Niemanden
11. Vollmachten / Berechtigungen – Unterschriftsberechtigt zur Kollektivunterschrift für die EPZ Bank- und Postkonti. – Tresorverantwortlicher und Kasse Administration
12. Hauptaufgaben – Erarbeiten des Betriebsbudgets in Zusammenarbeit mit Stv. Leiter EPZ zuhanden der EPZ-Leitung – Überwachung der betriebswirtschaftlich relevanten Abweichungen und Information an die EPZ-Leitung – Rechnungswesen (Kreditoren und Debitorenbewirtschaftung) – Führen einer dezentralen Buchhaltung (Fibu-Light Mandant) – Erstellen des Quartals- und Jahresabschlusses (in Zusammenarbeit mit zentralem Rechnungswesen) – Erstellen und Kontrolle der KlientInnen-Budgets gemäss Richtlinien der AO in Zusammenarbeit mit den fallführenden MitarbeiterInnen – Sonderabklärungen, IV-Anmeldungen, Erstellen von Anträgen zu Handen der Asylkommission in Zusammenarbeit mit fallführenden MitarbeiterInnen – Gesundheitskostenabrechnungen, Krankenkassenwesen – Allgemeine administrative Arbeiten und Umsetzung der OWHB-Richtlinien – Teilnahme an der wöchentlichen Teamsitzung und Führen der Sitzungsprotokolle – Erstellen von Statistiken und Abrechnungen für das BFF zuhanden AOZ-Zentrale und EPZ Leitung sowie für wissenschaftliche Studien – Datensicherung – Arbeitszeitabrechnungen des Personals – Führen der Kasse Administration, sowie Abrechnung und Kontrolle aller EPZ-Kassabücher – Facility-Management: Überwachung der Instandhaltung der durch das EPZ gemieteten Liegenschaften, Organisation und Weiterentwicklung der durch das EPZ verwendeten Mittel der Informatik, erster PC-Support für EPZ-MitarbeiterInnen
13. Nebenaufgaben – Organisation von Sitzungen und Veranstaltungen – Büromaterialbestellung – Lunchcheck-Abrechnung

Ort / Datum: Unterschrift des/der Stelleninhabers/In:	Ort / Datum: Unterschrift des/der direkten Vorgesetzten:
<u>Hinweis für den/die StelleninhaberIn:</u> Durch diese Stellenbeschreibung sind Ihre Aufgaben und Kompetenzen verbindlich festgelegt. Sie sind verpflichtet, in diesem Rahmen selbständig zu handeln und zu entscheiden. Sie müssen Ihren unmittelbaren Vorgesetzten/Ihre unmittelbare Vorgesetzte umgehend informieren, wenn sich in Ihrer Tätigkeit wesentliche Abweichungen von der Beschreibung ergeben haben.	
<u>Bemerkungen/Änderungsvermerke:</u> Geändert am: Unterschrift des/der Stelleninhabers/In: Unterschrift des/der direkten Vorgesetzten:	

C Erhebungsblatt

**Erhebungsblatt betreffend Erarbeitung
fachlicher Qualitäts-Standards zur Betreuung
traumatisierter und/oder psychisch erkrankter
Asyl Suchender**

Name Nn
Vorname Vn

Geschlecht w/m
Soz. Umfeld Einzelperson/Familie
Altersgruppe von/bis

Herkunft Ursprungsland

(Ergänzung Herkunft)

Status

Erst- + zweitinständlich hängiges Gesuch	
Aufenthaltsregelung oder Vollzug der Wegweisung ausstehend oder technisch blockiert	
Vordaufige Aufnahme	
Anerkannter Flüchtling	

(Nur ein Feld ankreuzen)

Organisationseinheit Hg09
Fallführung Elena Wetli

* Bei Austritt vor resp. Eintritt nach dem 30.9.2002 gilt das
Austritts- resp. Eintrittsdatum.

Status der Angebotsnutzung:
Gemessen wird der Zustand an einem Stichtag (30.9.2002)*.

Als Begleit- person im EPZ	Betreuung nur im EPZ	Betreuung im EPZ und intensive somatisch medizinische Behandlung	Betreuung im EPZ und psychiatrische oder externe psycho- therapeutische Behandlung	Betreuung im EPZ und psy- chiatrische oder externe psychotherapeutische und intensive somatisch medizinische Behandlung

(Nur ein Feld ankreuzen)

Arbeit und Beschäftigung an einem
Stichtag (30.9.2002)*.

Erwerbstätigkeit	
Vollzeit Haus- und Familienarbeit	
Ausbildung (Schule, Lehre)	
Arbeitslosigkeit	
Tätigkeit an geschütztem Arbeitsplatz	
Tätigkeit in Beschäftigungs- programm	
Keine Beschäftigung resp. Ausbildung	

(Mehrere Felder können angekreuzt werden)

Kein Arbeitsverbot	
Arbeitsverbot	

(Nur ein Feld ankreuzen)

Teilnahme an Kurs(en)	
Keine Kursteilnahme	

(Nur ein Feld ankreuzen)

Klinikaufenthalte: Gemessen werden die
Einweisungen im Jahr 2002, die Dauer des
Aufenthalts und die Art der Einweisung:

von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	per FFE

(Daten überprüfen (evtl. ergänzen), rechtes Feld
ankreuzen bei Einweisung per FFE)

IV-Fälle: Stichtag (30.9.2002)*.

Mit Rente	
Rente beantragt	

(Höchstens ein Feld ankreuzen)

Psych., somatische
und soziale
Erscheinungsbilder

Schwere psychische Krankheit (z.B. Schizophrenie, wiederholte psychische Bspor- den)	
Schwere Persönlich- keitskränkung (z.B. paranoide Verstellung des aktuellen Gesche- hens, Borderline- Persönlichkeit)	
Depression	
Suizidalität	
Suchtprobleme	
Primäre und sekundäre Trauma- störung auf Grund von Krieg, Folter, Vergewaltigung, andere Gewalterfahrung oder sequentieller Traumatisierung in der Schweiz	
Schwere familiäre Konflikte (z.B. Miss- brauch, Gewalt in der Familie)	
Verwehlosung	
Somatische Krank- kung	
Psychosomatische Störungen und Krankheiten	
Gewalttätigkeit	
Schwache kognitive Fähigkeiten	
Entwicklungs- störungen	
Schul- schwierigkeiten	

(Mehrere Felder können
angekreuzt werden)

(Bemerkungen)