

## Kultursensible Psychiatrie und Psychotherapie

Konz, Britta [Hrsg.]; Schröter, Anne [Hrsg.]: *DisAbility in der Migrationsgesellschaft. Betrachtungen an der Intersektion von Behinderung, Kultur und Religion in Bildungskontexten*. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2022, S. 327-336



Quellenangabe/ Reference:

Konz, Britta [Interviewer]: Kultursensible Psychiatrie und Psychotherapie - In: Konz, Britta [Hrsg.]; Schröter, Anne [Hrsg.]: *DisAbility in der Migrationsgesellschaft. Betrachtungen an der Intersektion von Behinderung, Kultur und Religion in Bildungskontexten*. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2022, S. 327-336 - URN: urn:nbn:de:01111-pedocs-245402 - DOI: 10.25666/01:24540

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:01111-pedocs-245402>

<https://doi.org/10.25666/01:24540>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.klinkhardt.de>

### Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt unter folgenden Bedingungen vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen. Dieses Werk bzw. dieser Inhalt darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden und es darf nicht bearbeitet, abgewandelt oder in anderer Weise verändert werden.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use

This document is published under following Creative Commons-Licence: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work in the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to make commercial use of the work or its contents. You are not allowed to alter, transform, or change this work in any other way.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



### Kontakt / Contact:

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

Britta Konz  
Anne Schröter  
(Hrsg.)

# DisAbility in der Migrationsgesellschaft

Betrachtungen an der Intersektion  
von Behinderung, Kultur und Religion  
in Bildungskontexten

Verlag Julius Klinkhardt  
Bad Heilbrunn • 2022

**k**

Dieser Titel wurde in das Programm des Verlages mittels eines Peer-Review-Verfahrens aufgenommen. Für weitere Informationen siehe [www.klinkhardt.de](http://www.klinkhardt.de).

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet abrufbar über <http://dnb.d-nb.de>.

2022.n. © by Julius Klinkhardt.  
Coverabbildung: © MASAHIRO\_NOGUCHI\_NY / istock;

Druck und Bindung: AZ Druck und Datentechnik, Kempten.  
Printed in Germany 2022.  
Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem alterungsbeständigem Papier.



*Die Publikation (mit Ausnahme aller Fotos, Grafiken und Abbildungen) ist veröffentlicht unter der Creative Commons-Lizenz: CC BY-NC-ND 4.0 International*  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

ISBN 978-3-7815-5937-0 digital                      [doi.org/10.35468/5937](https://doi.org/10.35468/5937)

ISBN 978-3-7815-2497-2 print

# Inhaltsverzeichnis

*Britta Konz und Anne Schröter*

Diskurse und Desiderate an der Intersektion von Migration,  
Behinderung, Kultur und Religion in Bildungskontexten.  
Einführung in den Sammelband .....9

## **I Grundlegende Theoretisierungen .....22**

### **Eine Anfrage an Differenznarrative .....22**

*Susanne Gerner*

Verschränkte Verletzbarkeiten in komplexen Differenzbezügen –  
interdisziplinäre Annäherungen an eine inklusionsorientierte Pädagogik  
und Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft .....23

*Tatjana Zimenkova und Verena Molitor*

Die Aushandlungen von Differenznarrativen: zwischen Essentialität und  
Exklusionspotential .....42

*Paul Mecheril und Radhika Natarajan*

Praktische Wirksamkeit in migrationsgesellschaftlichen Sprachordnungen .....56

### **DisAbility und die Konstruktion von Behinderung 65**

*Carla Wesselmann*

Konstruktionen von (Nicht-)Behinderung .....66

*Clemens Dannenbeck*

Von der notwendigen Praxis der Kritik in den Disability Studies .....80

### **Zur Intersektion von Migration und DisAbility .....92**

*Robel Afeworki Abay*

Rassismus und Ableism: Same, Same but Different?  
Intersektionale Perspektive und konviviale Visionen auf Erwerbsarbeit  
in der Dominanzgesellschaft .....93

*Miklas Schulz*

Die Entdeckung pädagogischer Individualität. Normalisierung und Ver-Änderung als Mechanismen differenzpädagogischen Denkens am Beispiel der Intersektion von Dis/ability und Migration. ....111

**II (Selbst)Verortungen von Kindern und ihren Familien an der Schnittstelle von DisAbility und Migration .....125**

**Perspektiven von Kindern und Jugendlichen ..... 125**

*Wolfgang Dworschak und Anna Selmayr*

Zur Intersektionalität von Behinderung und Migration. Eine soziobiographische Analyse im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung .....126

**Perspektiven von Familien und Gemeinden ..... 138**

*Britta Konz und Anne Schröter*

Vulnerabilität, „family resilience“ und religiös motivierte Deutungsmuster von Eltern behinderter Kinder .....139

*Eva Okuna, Mark Krasnov, Anna Pendler, Dinah Kohan*

„Kulam arewim se la se.“ Inklusion in jüdischen Gemeinden in Deutschland im Wandel der Zeit .....156

*Mai-Anh Boger und Michelle Proyer*

Perspektiven auf Buddhismus und Behinderung zwischen Reproduktion von Ableismus und subversiven Lesarten .....170

**Perspektiven der Kinder und Eltern in Kontexten sozialer Arbeit ..... 184**

*Jan Jochmaring*

Migration als ‚inklusive Herausforderung‘ der Behindertenhilfe bei der Gestaltung von Freizeitangeboten .....185

*Stella Rieger*

Selbsthilfe als ‚Brücke zur Schule‘? – Selbsthilfestrukturen im Kontext von Migration und Behinderung und ihre Bedeutung für Partizipation in der Schule in der Migrationsgesellschaft .....199

*Pawel Mehring, Cornelius Lätzsch und Negin Shah Hosseini*

Geflüchtet, be\*hindert, vulnerabel? Wie Soziale Arbeit von Betroffenen diskriminierender Verhältnisse lernen und Handlungsfähigkeit (unter)stützen kann .....212

<b>III Interkulturelle und interreligiöse Kompetenzen in schulischen und medizinischen Handlungsfeldern .....</b>	<b>226</b>
<b>Diversitätskompetenz in pädagogischen Handlungsfeldern .....</b>	<b>226</b>
<i>Thomas Eppenstein</i>	
Pädagogische Kompetenzen im ‚Zwischen‘: Interkulturell, intersektionell, interreligiös, inklusiv .....	227
<i>Ulrike Witten</i>	
Inklusive Religionspädagogik der Vielfalt im Feld von Disability, Religion und Migration. Eine intersektionale und reifizierungssensible Reflexion zum Umgang mit Heterogenitätskonstruktionen aus religionspädagogischer Perspektive .....	245
<i>Christine Funk</i>	
Religionssensibilität in pädagogischen Handlungsfeldern .....	259
<i>Athina Paraschou und Regina Soremski</i>	
Inklusion und Migration – Herausforderungen und Chancen für eine diversitätssensible Lehrer*innenbildung .....	270
<b>Analysen institutioneller Strukturen .....</b>	<b>285</b>
<i>Kathrin Winkler</i>	
Doing Difference in post-migrantischen Gesellschaften – Pädagogische Praktiken der Unterscheidung anhand von DisAbility, Kultur und Religion .....	286
<i>Thorsten Knauth und Silke Reindl</i>	
Barrieren der Vielfalt. Schule und Religionsunterricht unter den Bedingungen sozio-ökonomischer Benachteiligung .....	300
<i>Sophia Falkenstörfer</i>	
Inklusion braucht Demokratie – Zum Umgang mit Vielfalt in schulischen Kontexten .....	314
<b>Diversitätskompetenz in medizinisch-therapeutischen Handlungsfeldern .....</b>	<b>326</b>
Interview mit Meryam Schouler-Ocac: Kultursensible Psychiatrie und Psychotherapie. ....	327
<b>Informationen zu den Autor*innen .....</b>	<b>337</b>

## Kultursensible Psychiatrie und Psychotherapie – Interview mit Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak

*Das Interview führte Britta Konz.*

**Konz:** Frau Professor Schouler-Ocak, Sie forschen unter anderem zu kulturellen Einflussfaktoren auf psychische Störungen und Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem und haben sich in ihrer Arbeit mit Patient\*innen mit ‚Migrationshintergrund‘ im psychiatrisch psychotherapeutischen Gesundheitssystem habilitiert. Was hat zu Ihrem Engagement in diesem Bereich geführt?

**Schouler-Ocak:** Zunächst einmal habe ich selbst einen ‚Migrationshintergrund‘. Ich habe mich im Laufe meiner Facharztausbildung, aber auch schon im Studium und davor immer wieder als Person wahrgenommen, die die deutsche Sprache genauso gut beherrscht, wie die Muttersprache, wobei ich gar nicht sicher bin, ob Deutsch oder Türkisch für mich die Muttersprache ist. Ich glaube sogar, dass beides zutrifft. Aufgrund dieser Fähigkeit habe ich viel gedolmetscht. Vor allen Dingen habe ich in meiner Facharztausbildung in der Psychiatrie festgestellt, dass eine riesige Lücke bezüglich der Versorgung und auch Forschung in diesem Bereich existiert. Ich habe gesehen, wie Patient\*innen, weil keine Kommunikation stattgefunden hat, sowohl die verbale Kommunikation als auch die kulturellen Aspekte angeht, missverstanden, fehl behandelt, vielleicht sogar schlechter behandelt wurden. Das waren die Faktoren, die mich in diese Richtung bewegt haben.

**Konz:** Können Sie ein Beispiel für einen Fall nennen, bei dem Sie den Verdacht hatten, dass da eine Fehlbehandlung stattfand?

**Schouler-Ocak:** Während der Facharztausbildung in der Psychiatrie war ich eine Ärztin mit ‚Migrationshintergrund‘, die Türkisch sprach. Und plötzlich kamen ganz viele Patient\*innen, die Türkisch gesprochen haben. Aber nicht nur aus der Türkei, sondern auch mit anderen ‚Migrationshintergründen‘ kamen, weil sie das Gefühl hatten, mit mir ist hier jemand, der sich um sie kümmert. Und wenn diese Patient\*innen außerhalb meiner Arbeitszeiten erschienen sind, sind sie teilweise weggeschickt worden. Sie sind an mich verwiesen worden, nach dem Motto: „Die ist dafür zuständig“. Aber ich habe betont: „Nein, bin ich nicht. Ich bin für alle da, nicht nur für die eine Gruppe“. Es gab dann sehr viel Unmut. Später habe ich erfahren, dass hinter meinem Rücken gemunkelt wurde, dass diese Patient\*innen

mit Problemen meinetwegen kämen. Das war ein Grund, weshalb ich gesagt habe: „Das kann es doch nicht sein. Wir sind für alle da. Wir sind nicht nur für die eine oder die andere Gruppe zuständig und auch verantwortlich“. So ist es gekommen, dass ich gemerkt habe, hier muss sich etwas verändern.

**Konz:** Haben Migrant\*innen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Krankheitsbildern besondere Bedarfe?

**Schouler-Ocak:** Das ist eine pauschale Frage, auf die man keine konkrete Antwort geben kann. Es kommt auf viele Faktoren kann wie beispielsweise die Gruppe und den Kontext. Woher kommen die Betroffenen, wie sind deren Kommunikationsmöglichkeiten, was sind die Belastungsfaktoren, die Risikofaktoren, wie sind die sozialen Lebenswelten? Es gibt unheimlich viele Faktoren, die man beachten muss, um entsprechende Ableitungen vornehmen zu können. Man kann nicht pauschal sagen ‚die Migrant\*innen‘, sondern man muss sich jede\*n individuelle\*n Patient\*in einzeln angucken.

**Konz:** Spielen denn die jeweiligen Herkunftsländer eine Rolle?

**Schouler-Ocak:** Ja, das tun sie. Je nachdem, wo die Patient\*innen herkommen, gibt es Kulturen, in denen psychische Störungen oder Beschwerden wesentlich stigmatisierend und diskriminierend behandelt werden. Es existieren auch andere kulturelle Kontexte, wo die Psychiatrie für politisch Andersdenkende missbraucht worden ist, z.B. in der ehemaligen Sowjetunion, aber auch in Syrien. Oder auch Länder, wo der Kontakt zur Psychiatrie aus Angst vor Stigmatisierung nicht gesucht wird. Zudem existieren auch Länder, in denen Patient\*innen mit schweren psychischen Störungen teilweise angekettet werden. Oder, Menschen schämen sich ihrer und sie schließen sie ein. Außerdem sind kulturelle Kontexte bekannt, in denen Menschen mit psychischen Störungen einfach so ‚mitlaufen‘ und das Umfeld toleriert sie. Es kommt also tatsächlich darauf an, aus welchen kulturellen Kontexten die Menschen stammen.

**Konz:** Was müsste Ihrer Meinung nach getan werden, um Hemmschwellen für Menschen die negative Psychiatrie-Erfahrungen gemacht haben, abzubauen, damit sie sich hilfesuchend an Fachleute wenden?

**Schouler-Ocak:** Ich denke Aufklärung, Informationsvermittlung und vor allen Dingen Schlüsselpersonen spielen hier eine wesentliche Rolle. Damit meine ich nicht nur muttersprachliche Mitarbeiter\*innen oder den Einsatz von Dolmetscher\*innen, sondern Personen, von denen man sich in der Community oder unter Freunden und in der Familie erzählt, dass sie vertrauenswürdig sind. Ich denke, es hat eine große Wirkung, wenn Vorbilder oder Personen, die in den Communities einen Einfluss haben, diese auf Ärzt\*innen oder Therapeut\*innen

verweisen. Positive Beispiele können natürlich auch sehr hilfreich sein. Auf der anderen Seite glaube ich, dass auch den Medien eine wichtige Rolle zukommt, insbesondere den sozialen Medien, aber auch traditionellere Medien, sei es in Schrift oder Bild, wenn hier die Hemmschwelle peu à peu gesenkt werden kann, ist das eine große Unterstützung. Darüber hinaus hat auch die Mund-zu-Mund-Propaganda großen Einfluss auf die Inanspruchnahme.

**Konz:** Was betrachten Sie in der Behandlung als Risiko- und was als Resilienz-faktoren?

**Schouler-Ocak:** Auch das ist eine ganz komplexe Frage, weil man immer wissen muss, von wem spreche ich hier? Die Gruppe der Migrant\*innen oder Geflüchteten ist sehr heterogen. Generelle Risikofaktoren sind unterschiedliche: vor der Migration, während der Migration und nach der Migration. Vor allen Dingen weiß man inzwischen, dass die Post-Migrations-Stressfaktoren z.B. Erfahrungen, die die Menschen nach der Migration hier machen, sie tatsächlich krank machen können. Dazu gehören Diskriminierung, rassistische Attacken, Stigmatisierungen, soziale Ausschließung, also fehlende soziale Unterstützung, aber auch Arbeitslosigkeit, Armut, die Wohnungssituation, familiäre Trennung etc. Als Resilienz-faktoren oder Coping-Strategie sehe ich tatsächlich eine sinnstiftende Möglichkeit in der Arbeit. Das bedeutet Teilhabe aber auch Respekt, Anerkennung dessen, was jemand kann. Das heißt, die Fähigkeiten, Kompetenzen, Fertigkeiten sowie Problemlösungsstrategien über die jemand verfügt, einfach einsetzen darf. Auch Communities bilden Resilienz-faktoren. In sie ist man eingebettet, hat Schutz, soziale Unterstützung und Vernetzung.

**Konz:** In der Traumatherapie ist es von Bedeutung, eine sichere Umgebung zu haben. Inwiefern ist eine solche Therapie überhaupt möglich, wenn beispielsweise der Asylstatus von Geflüchteten noch unklar ist?

**Schouler-Ocak:** Früher wurde gesagt, zuerst die äußere Sicherheit vor der inneren Sicherheit. Das bedeutet, bevor man sich schweren Belastungen, Erinnerungen, Erlebnissen therapeutisch nähern kann, müssen erst die äußeren Rahmenbedingungen stabilisiert werden. Davon ist man heute ein wenig abgerückt. Ich denke, dass nicht alle, die traumatisierende Lebenserfahrungen machen mussten, eine spezifische Traumatherapie brauchen. Das heißt, bei traumainduzierten Störungen handelt es sich nicht nur um Posttraumatische Belastungsstörungen, sondern es können genauso gut Depressionen, Angststörungen, psychotische Störungen oder auch Abhängigkeitserkrankungen sein. Betroffene müssen in den neuen Umgebungen erst einmal eine gewisse Stabilität erreichen. Das bedeutet, dass die Wohnsituation entsprechend sein sollte, sie sinnstiftende Strukturen haben und einer sinnstiftenden Beschäftigung nachgehen können. Dazu zählt auch,

dass die Kinder in der Schule integriert werden und Erwachsene in Aus- und Fortbildungskursen mitmachen können. Damit meine ich nicht nur Sprachkurse, sondern auch ganz banal, z.B. einen Nähkurs, das ist ganz egal. Es geht darum, dass sie etwas zu tun bekommen, letztendlich geht es um Integration in die sozialen Lebenswelten. Je mehr die Betroffenen integriert sind, desto mehr nimmt die Zahl derjenigen, die wirklich eine spezifische Therapie benötigen, ab. Das heißt aber, dass diese anderen Maßnahmen zeitnah nach Ankunft in Deutschland den Personen angeboten werden müssen. Denn das bedeutet, dass sie in diesen niedrigschwelligen Angeboten ihre Selbstheilungskräfte ankurbeln können und dort auch ihre Erlebnisse und Erfahrungen integrieren können und so die Belastung, die auf sie wirkt, reduziert werden kann. Eine traumaspezifische Psychotherapie in diesem Feld, von der viele Kolleg\*innen sagen, dass sie mit Dolmetscher\*innen nicht gehen würde, ist in Ansätzen auch nonverbal möglich. Und wenn tatsächlich dann ein Dolmetscher\*in benötigt wird, sollte dieser auch unbedingt hinzugezogen werden. Ich persönlich habe sehr viel Erfahrung mit Dolmetscher\*innen in der Traumatherapie und anderen Therapien gemacht und kann nur berichten, dass es sehr gut funktioniert. Man muss sich dabei der besonderen Situation klar sein und das Setting muss allen Beteiligten ebenfalls klar sein. Aber noch einmal: Nicht jede\*r, der\*die eine traumatische Erfahrung gesammelt hat und eine Störung ausgebildet hat, braucht gleich eine spezifische Traumatherapie.

**Konz:** Welche Rollen spielen Religiosität und Spiritualität Ihrer Ansicht nach in der Psychotherapie?

**Schouler-Ocak:** Religiosität kann zum einen sehr intensiven Resilienzfaktor darstellen, haltstiftend und sinnstiftend für die Betroffenen sein und sie dadurch ein Stück weit durch die schwierigen Zeiten tragen. Andererseits aber können Religiosität oder Spiritualität genau das Gegenteil bewirken, dass man also die Krankheit in die Religion mit einbezieht und sich so quasi, die Bedeutung der Religiosität umkehrt. Dadurch kann sie nicht mehr als Schutzfaktor oder sinnstiftendes Moment fungieren, sondern genau das Gegenteil darstellen und belasten.

**Konz:** In einem früheren Interview haben Sie beschrieben, dass es eine Frage ist, ob sich muslimische Patient\*innen möglicherweise an einen Hodscha wenden. Ist das eine wichtige Information, die behandelnde Psychiater\*innen oder Psychotherapeut\*innen wissen müssen?

**Schouler-Ocak:** Die Überzeugung sowie traditionelle Vorstellungen und Werte bezüglich der religiösen Rituale sind sehr weit verbreitet. Ich glaube schon, dass es auch über die Generationen hinweg im Immigrationsprozess weitergegeben wird. Wenn Patient\*innen sagen: „Ich war beim Hodscha“ (hier: der Korankundige), würde ich das nicht gleich als Widerstand betrachten. Der\*die Patient\*in sucht

Hilfe und Rat, der ihm\* ihr vielleicht gegeben wurde. Dennoch möchte ich dann gerne wissen: Was war das für ein Hodscha? Was hat die betroffene Person für ihn bezahlt? Was musste er\*sie noch machen? Und was hat der Hodscha angeordnet, angesetzt, gemacht oder empfohlen? Sobald der Hodscha in meine Therapie eingreift, das heißt also, dem, was ich mit meine\*r\*m Patient\*in besprochen habe, oder ihm verordnet habe, entgegenwirkt, bin ich absolut dagegen und würde ihn auch bitten, das zu unterbinden. Ansonsten, wenn er nicht schadet, ist alles in Ordnung. Die\*der Patient\*in kann Amulette tragen oder ähnliches, wenn sie\*er keinen Schaden davon trägt. Ich frage bei der Anamnese und auch während der Behandlung regelmäßig, ob es in der Vorgeschichte schon Konsultationen bei einem Hodscha gegeben hat.

**Konz:** Sie haben sich in der interkulturellen Migrations- und Versorgungsforschung in einer interkulturell zentrierten Psychotherapie engagiert und 2015 auch die Leitlinien für kulturelle Kompetenzen in der European Psychiatric Association mitentwickelt. Worum geht es da genau?

**Schouler-Ocak:** Die European Psychiatric Association, bei der ich seit 2019 im Vorstand bin, ist eine große Fachgesellschaft, die in 44 Mitgliedsstaaten und über 80000 Mitglieder hat. Diese Psychiatrie-Fachgesellschaft hat Leitlinien im Umgang in der Behandlung von Schizophrenie, Depressionen und so weiter, und auch in Behandlung von Personen mit ‚Migrationshintergrund‘ entwickelt. Hier entstand eine Guideline über kulturelle Kompetenz. Kernaspekte sind z.B., wenn die sprachliche Kommunikation mit dem\*der Patient\*in aus einem anderen kulturellen Kontext schwierig ist, dann sollte unbedingt eine\*n qualifizierte\*n Dolmetscher\*in, Sprach- und/oder Kulturvermittler\*in eingebunden werden. Behandelnde sollten kulturelle Erklärungsmodelle von Patient\*innen für bestimmte Störungen kennen, aber auch, wie ihre Behandlungserwartungen aussehen können. Es geht aber auch um pharmakologische Wirkmechanismen. Denn es existieren teilweise sehr große Unterschiede in den Polymorphismen, also in den Abbauebenen oder Abbaumechanismen von Wirksubstanzen in den Medikamenten. Es gibt immer noch die Auffassung, dass Patient\*innen z.B. aus bestimmten Regionen bestimmte Medikamente nicht regelmäßig einnehmen, dass die Compliance nicht gut sei. Es kann sich hier aber um jemanden handeln, der die Substanz im Körper schnell verstoffwechselt und der Spiegel daher nicht steigt. Um solche Missverständnisse zu vermeiden, ist es wichtig, über diese Phänomene informiert zu sein.

Interkulturelle Kompetenz ist ein Querschnittsthema. In der Medizin sollten die Pfleger\*innen, Therapeut\*innen, die Mediziner\*innen, also alle, die mit Patient\*innen zu tun haben, eigentlich im Studium oder der Ausbildung fest verankerte Module über die interkulturelle Kompetenz haben, um das alles zu lernen.

Oder wenn das nicht integriert werden kann, müsste es später im Beruf in den Fort- und Weiterbildungen stattfinden. Dazu gehört auch ein selbstreflexiver Umgang mit Vorurteilen. Man sollte sich von eigenen Stereotypen, Vorurteilen oder auch von dem eigenen Bias distanzieren und lösen können.

**Konz:** Was ist interkulturelle Psychiatrie?

**Schouler-Ocak:** Interkulturelle Psychiatrie ist im Prinzip etwas ähnliches, wie wenn ‚einheimische‘ Mediziner\*innen mit Patient\*innen mit ‚Migrationshintergrund‘ oder Personal mit ‚Migrationshintergrund‘ und ‚einheimischen‘ Patient\*innen zusammenarbeiten. Es geht darum, dass mit unterschiedlichen Menschen aus unterschiedlicher Herkunft, also zwischen den Kulturen, gearbeitet wird. Die interkulturelle Psychiatrie befasst sich mit dem Feststellen von Risikofaktoren und Störungsbildern, dem Umgang mit diesen Patient\*innen, der Behandlung, den Behandlungserwartungen aber auch um mit möglichen sprach- und kulturgebundenen Verständigungsproblematiken, für die entsprechende Lösungen gefunden werden sollten. Interkulturelle Psychiatrie ist Teil der Sozialpsychiatrie.

**Konz:** Was würden Sie sich von Kolleg\*innen und anderen medizinischen Fachkräften in diesem Zusammenhang wünschen?

**Schouler-Ocak:** Wir sind alle Teil der Gesellschaft oder Abbild der Gesellschaft. Ich wünsche mir, dass wir unsere Bias, Stereotypen, Vorurteile reflektieren und die nötige Neutralität und Objektivität haben. Ich wünsche mir, dass die Kolleg\*innen das tatsächlich so leben und so reagieren und nicht, sobald sie einem den Rücken zukehren, in alte Muster zurückfallen. Ich wünsche mir, dass interkulturelle Kompetenz im Berufsleben akzeptiert und integriert wird. Und ich wünsche mir, dass alle Patient\*innen, egal, woher sie kommen mit den gleichen Maßstäben angesehen und behandelt werden. Ich wünsche mir, dass alle offen sind und nicht nach dem Motto „Dafür bin ich nicht zuständig“ handeln und sogar Patient\*innen „ablehnen“. Denn das ist eine Erfahrung, die wir immer wieder machen, dass Kolleg\*innen bei uns anrufen und sagen: „Ich habe hier eine\*n Patient\*in aus Land XY. Wir kennen uns damit nicht so gut aus. Sie sind die Spezialistin. Können wir Ihnen den\*die Patient\*in nicht zuschicken?“. – Hier sage ich Ja und Nein. «Ja», wenn es wirklich nicht anders geht, aber auf der anderen Seite auch «Nein», denn wenn ich den Kolleg\*innen immer die entsprechenden Patient\*innen abnehme, ist das eine Überforderung meiner selbst oder unserer selbst. Auf der anderen Seite würde man dadurch die Spezialisierung bestimmter Zentren fördern, aber dafür andere Bereiche vielleicht nicht so unterstützen, z.B. die Insellösungen, in denen „türkische Ärzt\*innen türkische Patient\*innen, russische Ärzt\*innen russische Patient\*innen“ behandeln, ein Stück weit parallel ver-

hindern, damit die Integration dieser Patient\*innen in das Regelsystem erfolgen kann. Ich stehe für den integrativen Ansatz.

**Konz:** Sie waren unter anderem Mitglied der Task Force on Needs of Refugee and Asylum-Seeking Patients in Europe. Was war ihr Anliegen?

**Schouler-Ocak:** Es handelte sich um eine Arbeitsgruppe, die unter anderem jedes Jahr auf dem EPA-Kongress einen Kurs dazu anbot. Es war ein Ausbildungskurs, wo CME-Punkte erworben werden konnten. Es war viel Input von sehr kompetenten Kolleg\*innen. Zusätzlich organisierten wir regelmäßig verschiedene Veranstaltungen. Die Kolleg\*innen, die sich in dieser Arbeitsgruppe engagierten waren eine internationale Gruppe, die sehr viel Erfahrung mit geflüchteten Menschen hatte.

**Konz:** Gibt es bei traumatisierten Familien oder Eltern, die zusätzlich ein Kind mit Behinderung haben, möglicherweise besondere Herausforderungen oder besondere Diskriminierungen? Haben Sie hier Erfahrungen? Haben Sie dazu schon Patient\*innen gehabt?

**Schouler-Ocak:** Ja, wir haben solche Patient\*innen, die mit der Situation völlig überfordert sind, allein, weil es ihnen nicht gut geht und dazu diese Doppel- oder Mehrfachbelastung kommt. Sie brauchen mehr Unterstützung, z.B. durch unsere sozialpädagogischen Mitarbeiter\*innen. Je nach Situation besteht die Möglichkeit zur kinder- und jugendpsychiatrischen Mitbehandlung oder zur Betreuung der gesamten Familie. Da können wir uns in alle Richtungen bewegen. Wir sehen nicht nur die Eltern, sondern auch das Kind und versuchen über das Jugendamt oder über Hilfesysteme Entlastung zu geben, Betreuung und Unterstützung zu organisieren.

**Konz:** Es gibt Kontexte oder Relevanzsysteme, in denen Behinderung als Strafe erlebt worden ist. Sehen Sie hier Zusammenhänge zwischen Fluchtmigration und einem Kind mit Behinderung?

**Schouler-Ocak:** Ich hatte schon geflüchtete Patientinnen, die behinderte Kinder hatten. Bei einer Familie mit sogar zwei behinderten und einem gesunden Kind stand tatsächlich „Gottesstrafe“ im Raum. Die Eltern haben sich immer gefragt: „Was haben wir bloß gemacht, dass Gott uns solche Kinder schickt?“. Ich erinnere mich, aber ich weiß, dass sie die Kinder im Laufe der Behandlung besser annehmen konnten und irgendwann sind sie nicht mehr gekommen. Ich weiß leider nicht, was aus der Familie geworden ist, zuletzt war das Verhältnis zu den behinderten Kindern deutlich entspannter gewesen.

**Konz:** Wie sehen Sie den Zusammenhang von Trauma und Elternschaft? Wenn Eltern selbst keine positive Zukunftsimaginationen entwickeln können, schlägt es sich ja vermutlich auch auf die Eltern-Kind-Bindung nieder. Gibt es da Aspekte, von denen Sie sagen würden, die müssten Pädagog\*innen beachten, wenn sie den Kindern z.B. in der Schule begegnen?

**Schouler-Ocak:** Hier ist es wichtig, dass die Pädagog\*innen oder Lehrkräfte sehr wachsam sind, gerade bei geflüchteten Kindern. Nicht nur die Eltern, sondern auch die Kinder haben eine Menge gesehen und/oder erlebt. Wir haben die „Study on Female Refugees“, eine repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland durchgeführt und festgestellt, dass es Mütter gab, die gesagt haben, dass sie den Schleppern eine Entlohnung geben mussten. Es kam auch vor, dass sie ihren eigenen Körper, aber auch ihre Kinder zur Verfügung gestellt haben. Die Lehrkräfte sollten wachsam sein, sensibel sein und da genauer hinschauen. Das betrifft vielleicht auch Hunger unterwegs oder Verletzungen an den Füßen, Angst vor Überfällen, vor Aggressivität, vor Explosionen, also kriegerischen Auseinandersetzungen und so weiter. Das alles ist an den Kindern nicht spurlos vorbeigegangen, auch wenn sie jetzt in Deutschland sind und zur Schule gehen. Ich denke, da ist es wichtig, dass diese Personen angesprochen und gefragt werden, ob sie Hilfe und Unterstützung benötigen. Ich gehe davon aus, dass der Zugang hier anders gestaltet und die Zugangsbarrieren verringert werden können und müssen.

**Konz:** In den Schulen ist es vielfach Praxis, dass gesagt wird, die Kinder sollen hier erstmal ankommen und die Sprache lernen. Das Thema Erlebnisse auf der Flucht und Traumatisierung wird zunächst ausgeklammert. Würden Sie zu diesem Vorgehen raten oder hätten Sie andere Ratschläge, die Sie für die Kommunikation zwischen Schule und Elternhäusern und möglicherweise auch medizinisch-therapeutischen Einrichtungen geben würden?

**Schouler-Ocak:** Ich würde das tatsächlich genauso machen. Ich würde die potentiell traumatischen Ereignisse in der Schule nicht ansprechen, weil ich nicht absehen kann, was ich damit auslöse. Ich habe keine Ahnung, wer was erlebt hat oder auch nicht erlebt hat. Letztendlich kann das Ansprechen ein Trigger sein und Erlebtes hochbringen. Dann können Kinder Erfahrungen und Erlebnisse wieder durchleben müssen.

Was manchmal von selbst passiert, ist, dass die Kinder z. B. im Kunstunterricht einfach von sich aus etwas malen. Wenn da etwas von den Kindern kommt, kann man das vorsichtig ansprechen. Ansonsten würde ich empfehlen, dass solche Dinge in therapeutischen Settings unter geschützten Rahmenbedingungen offen und direkt angesprochen werden können, aber nicht im Unterricht mit anderen

Kindern zusammen. Die Kinder machen das von sich aus, wenn sie es möchten, weil Kinder vieles spielerisch und künstlerisch verarbeiten. Wichtig ist die rasche Herstellung von „Normalität“ mit Integration der Kinder in das Sozial- und Bildungsleben.

**Konz:** Welche interkulturellen oder religiösen Kompetenzen, müssten Pädagog\*innen und Fachkräften Ihrer Meinung nach erwerben, um da eine gute Zusammenarbeit mit Eltern mit ‚Migrationshintergrund‘ und einem Kind mit Behinderung zu ermöglichen?

**Schouler-Ocak:** Der wichtigste Punkt ist, die Betroffenen als Menschen zu betrachten. Oftmals ist dieser Begriff «Flüchtling» oder «Syrier» negativ konnotiert und als Überschrift oder Label vorgegeben. Das muss erstmal weg. Die erste Frage muss lauten, wen habe ich als Menschen vor mir? Der zweite Punkt ist: Verständigung herstellen. Das heißt, ich als Pädagog\*in muss mit den Eltern wirklich kommunizieren können. Das kann auch heißen, dass ich mir vielleicht sogar eine\*n Dolmetscher\*in dazu hole, möglichst eine qualifizierte, professionelle Person. Bei einer\*m Laien-Dolmetscher\*in, die\*den ich ad-hoc dazu nehme, weiß ich nicht, inwieweit er\*sie tatsächlich das übersetzt, und auch inhaltlich und sinngemäß vermittelt, was gesagt wurde und wieder zurückübersetzt. Ich weiß nicht, ob er\*sie irgendetwas hinzufügt, ergänzt, interpretiert, weglässt. Ich kann auch nicht einschätzen, wenn das ein Bekannter oder Verwandter ist, welche emotionalen Machtgefüge im Hintergrund sind.

Eine wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang auch Kinder von traumatisierten Eltern. Es ist unglaublich, dass diese Kinder bei ihren Eltern dolmetschen müssen. Und zwar überall. Sei es bei Behörden oder sei es bei Ärzt\*innen. Das sollte man eigentlich verbieten, weil die Kinder genug belastet sind. Es löst auch aus, dass sie sich ein Stück weit für ihre Eltern schämen, die sich nicht ausdrücken können. Sie müssen dann übersetzen und stehen in so einer Situation drüber, weil sie die Sprache beherrschen und eigentlich wollen die Kinder das nicht. Ich glaube auch, dass sie in diesem Setting nicht alles übersetzen, aus Scham, aus Peinlichkeitsgefühlen, aus abwertenden Haltungen von den Therapeut\*innen oder den Fragenden, die sie spüren. Sie rutschen dadurch in eine ganz schwierige Rolle hinein oder werden hineingedrängt. Es handelt sich um völlig überfordernde Rollenkonfusionen oder Rollendiffusionen und es sind massive Belastungen der Kinder, unabhängig vom Inhalt. Es handelt sich hierbei um eine Parentifizierung der Kinder, die die Elternrolle und damit die Verantwortung für die Eltern übernehmen müssen oder können.

Um auf die Frage nach den interkulturellen oder religiösen Kompetenzen zurückzukommen: Die Probleme sollten gründlich geklärt werden. Worum geht es? Hier

kommt auch die kulturelle Ebene dazu: Wie interpretieren die Eltern, dass ihr Kind behindert ist? Welche Erklärungen und Vorstellung haben sie darüber und dazu? Was haben sie bislang gemacht und wie sieht der Alltag im Moment aus? Man sollte ins Detail gehen und sich ein Bild machen, wie geht es diesem Menschen, der mir gegenüber sitzt in dieser Situation, was macht und braucht er? Ich finde das ist sehr, sehr wichtig, tatsächlich von Mensch zu Mensch und dafür zu sorgen, dass man sich verständigen und verständlich machen kann.

Das wichtigste ist, dass wir Mediziner\*innen, die Pädagog\*innen, die Lehrkräfte, die Polizei, also das System, uns mehr öffnen. Das ist ein Schritt zur Haltungsänderung, denn interkulturelle Kompetenz baut auf Haltungsänderung auf. Das heißt, ich muss die Haltung entwickeln und haben, dass der Mensch, der mit gegenüber sitzt, ein\*e Patient\*in ist, egal welche Hautfarbe, welche Haarfarbe, und so weiter. Ich bin die Medizinerin und ich bin für alle da. Das ist etwas ganz anderes, als wenn ich aus unterschiedlichen Gründen sage: „Ich bin ein\*e deutsche\*r Arzt\*Ärztin. Ich verstehe den nicht, ich kann den nicht behandeln“. Das ist eine andere bislang wenig beachtete Zugangsbarriere, an der wir arbeiten müssen.