

## Essay

# Chancen und Risiken der Migration aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht

**Migration macht nicht krank, aber sie ist ein Risikofaktor. Denn Migration führt oft zur Veränderung familiärer Rollen und Hierarchien. Auch für Kinder beginnt ein neuer Entwicklungsabschnitt. Es ist nicht ihr Entscheid, das Herkunftsland zu verlassen. Es wird über sie, nur selten mit ihnen, entschieden. Je jünger das Kind, umso stärker ist seine Abhängigkeit und umso belastender oder gar traumatisch erlebt es Trennungen oder den Verlust von Kontrolle und Integrität bei seinen Bezugspersonen. Für die gesunde Entwicklung jedes Kindes ist es dann essenziell, dass es nicht ständig mit seinen Defiziten und Mängeln konfrontiert, sondern in seinem Potenzial und somit in seinem Selbstwert gestützt wird.**



Alain Di Gallo

## von Alain Di Gallo

**L**eben bedeutet immer Auseinandersetzung mit Fremdem und mit der Differenzierung zwischen fremd und eigen. Lebensvielfalt und Veränderungen wären nicht möglich, wenn wir alles Fremde abstoßen würden – weder kulturell, seelisch noch biologisch. Auch die Migration fordert eine Balance zwischen fremd und eigen, ein Gleichgewicht zwischen unterschiedlichen emotionalen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen und Ansprüchen.

Migration macht nicht krank, aber sie ist ein Risikofaktor. Neben den Erfahrungen im Ursprungsland und den Umständen der Auswanderung oder Flucht spielen auch soziale Faktoren im Immigrationsland eine wichtige Rolle dafür, wie die Migration erlebt und verarbeitet wird (4, 7). Diese sozialen Faktoren werden manchmal unreflektiert kulturellen Differenzen zugeordnet und können unter anderem folgende Bereiche betreffen:

- Die soziale Stellung von Migrantenfamilien ist oft tiefer als im Heimatland, was besonders bei den Vätern, die die Familie traditionell nach aussen vertreten, einen ausgeprägten Verlust von Selbstwert und Selbstverständnis bewirken kann.
- Die Bildungssituation von vielen Erwachsenen und Kindern ist unbefriedigend, besonders die frühzeitige Selektion in den Schulen benachteiligt sie. In Basel werden Migrantenkinder überdurchschnittlich oft in Kleinklassen eingeschult, und Schultypen mit geringen Ansprüchen werden zweieinhalbmal so häufig von ausländischen Kindern besucht als von einheimischen Kindern.
- Migrantenfamilien leben häufiger in finanzieller Not, engen Wohnverhältnissen, verkehrsbelasteter Umgebung.
- Ihre Gesundheitssituation ist schlechter als diejenige der Einheimischen, zum Teil, weil der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert ist.

Es gibt keine systematischen Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Schweiz. Eine gute Übersicht zur Gesundheit der schweizerischen Migrationsbevölkerung wurde zwar 2006 im «Deutschen Bundesgesundheitsblatt» publiziert, aber sie erfasste keine Personen unter 15 Jahren und differenzierte die eingeschlossenen über 15-jährigen Adoleszenten nicht von der übrigen Stichprobe (9). Es gibt eine Studie, die zeigte, dass in Deutschland untersuchte Flüchtlingskinder häufiger an posttraumatischen Belastungsstörungen und an Depressionen litten als gleichaltrige einheimische Kinder (1), aber grundsätzlich sind die Migrationserfahrungen, die einzelne Familien machen, viel zu heterogen, um daraus allgemeingültige Schlüsse zu ziehen.

Kinder erleben die Migration anders als Erwachsene. Es ist nicht ihr Entscheid, das Herkunftsland – aus welchem Grund auch immer – zu verlassen. Es wird über sie, nur selten mit ihnen, entschieden. Je jünger das Kind, umso stärker ist seine Abhängigkeit und umso belastender oder gar traumatisch erlebt es Trennungen oder den Verlust von Kontrolle und Integrität bei seinen Bezugspersonen. Jedoch sind die Flexibilität und die Fähigkeit, sich auf veränderte Lebensumstände einzustellen, wie zum Beispiel eine neue Sprache zu erlernen, im jungen Alter noch sehr gross.

Kinder identifizieren sich mit den Zielen und Ängsten ihrer Eltern, mit den Rollen, die ihnen innerhalb der Familie zugeschrieben werden. Gleichzeitig erfordern die Entwicklung der Autonomie und einer eigenständigen Identität aber auch Ablösung von diesen Zuschreibungen. Migration führt oft zur Veränderung familiärer Rollen und Hierarchien (2). Viele Kinder und Jugendliche beherrschen die neue Sprache besser als ihre Eltern und finden sich im Alltag oder im Umgang mit Behörden leichter zurecht. Sie übernehmen dann Aufgaben, die einerseits nicht altersgemäss sind und andererseits die Eltern in ihrer Autorität beschneiden. Während es manchen Kindern gelingt, sich in beiden «Welten» gut

zu orientieren, versuchen die Eltern oft eher, die Stabilität der Familie zu retten, indem sie – im Sinne einer emotionalen Überlebensstrategie – am Herkömmlichen festhalten und sich gegen die neuen Einflüsse wehren. Familienregeln werden dann sehr strikt gehandhabt, was fast zwangsläufig zu Konflikten führt. Nicht alle Kinder schaffen den kulturellen Spagat leicht. Manche überfordern sich im Versuch, den widerstreben- den Anforderungen gerecht zu werden, und verlieren sich in den damit verbundenen Loyalitätskonflikten.

### Suizide bei Migranten

Eine Studie zu Suiziden bei Migrantinnen und Migranten aus der Türkei zeigte ein Ergebnis, das nachdenklich stimmt (6). Türkische Frauen und Männer, die in Deutschland lebten, wiesen in den Jahren 1980 bis 1997 eine deutlich tiefere Sterblichkeit durch Suizid auf als deutsche Frauen und Männer. Eine Ausnahme bildeten jedoch junge Türkinnen im Alter von 10 bis 17 Jahren, die gegenüber Jugendlichen aus Deutschland ein relatives Risiko von 1,8 hatten, einen Suizid zu verüben. Suizide waren bei deutschen und türkischen Männern in allen Altersstufen häufiger als bei Frauen. Auch hier mit einer Ausnahme: Junge Türkinnen bis zum Alter von 17 Jahren verübten häufiger Suizide als gleichaltrige männliche Jugendliche aus der Türkei. In einer Untersuchung mit 70 türkischen Migrantinnen und Migranten, die in Basel nach einem Suizidversuch befragt worden waren, wurden von den Betroffenen am häufigsten Probleme mit dem Partner, der Partnerin oder den Eltern als Grund für den Suizidversuch genannt (10). Es ist möglich, dass unerträgliche Spannungen zwischen Vätern und Töchtern, die wir in der klinischen Arbeit immer wieder erleben, auch mit den häufigen Suiziden junger Türkinnen in Deutschland in Zusammenhang stehen.

### Zwischen Tradition und Moderne

Ich erinnere mich an Nura, eine 16-jährige Jugendliche, die wegen wiederholter Ohnmachtsanfälle in unserer Klinik behandelt wurde. Im Spitalzimmer hing ihre moderne Lederjacke neben einem traditionellen Gewand aus ihrer Heimat. Im Alltag mit den anderen Jugendlichen auf der Station trug Nura fast immer ihre Jacke, obwohl sie wusste, dass ihr Vater das nicht mochte. Wenn der Vater zu Besuch kam, zog sie jeweils das Gewand an. Der Vater sah zwar die Lederjacke hängen, nahm sie aber nicht zur Kenntnis. Scheinbar war nun alles in Ordnung, doch für Nura blieb eine Synthese unmöglich, und die nicht zu vereinbarenden Gefühle fanden wohl Ausdruck im Konversionssymptom, den Ohnmachtsanfällen (siehe zur Thematik Krankheit als Ausdruck intrafamiliärer Konflikte auch Svejda-Hirsch & Streb 2009, [8]).

Die Rede war in den letzten Abschnitten von Suizidversuchen, Suiziden und einer Familie, der die Verbindung der Kulturen so grosse Probleme bereitete, dass sie in ihrer Not psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen musste – der klassische Defizitansatz! In der französischen Sprache gibt es den Ausdruck «partir, c'est mourir un peu». Wenn der Verlust der Heimat einen kleinen Tod bedeutet, dann kann die Ankunft in einem fremden Land mit einer unbekanntem Kultur ihrerseits als kleine Geburt betrachtet werden. Es beginnt ein neuer

Entwicklungsabschnitt. Und was für die gesunde Entwicklung jedes Kindes essenziell ist, ist auch in dieser Situation wichtig, nämlich nicht ständig mit seinen Defiziten und Mängeln konfrontiert, sondern in seinem Potenzial und somit in seinem Selbstwert gestützt zu werden.

### Integrationsleitbild Basel

Basel-Stadt besitzt seit 1999 ein Integrationsleitbild (siehe [www.welcome-to-basel.bs.ch](http://www.welcome-to-basel.bs.ch), [3]). Es wurde federführend von einer Ethnologin verfasst. Das Leitbild ist ein bewusst knapp gehaltenes Grundlagenpapier. Es vollzieht einen konsequenten Paradigmenwechsel vom Defizit- zum Ressourcenansatz. Migration wird nicht primär mit Gefahr und Abhängigkeit verbunden, sondern explizit als Chance gesehen. Das Motto ist Fördern und Fordern und umfasst auch einen Integrationsdruck. Das Leitbild basiert auf drei Grundgedanken:

- Aufbau auf dem vorhandenen Potenzial
- Integration als gesamtgesellschaftliches und gesamtstädtisches Anliegen
- Respekt für einen bewussten und sorgsamem Umgang mit Differenz.

Der Unterschied zwischen Potenzial- und Defizitansatz lässt sich an einem aktuellen Beispiel zeigen. In Basel werden rund 3000 muslimische Kinder an den Schulen unterrichtet. Vor einiger Zeit las man in der Zeitung, dass die Familien von weniger als zehn Kindern den gemischtgeschlechtlichen Schwimmunterricht verweigerten. Man kann diese Schlagzeile als Zeichen der Integrationsschwierigkeiten muslimischer Familien bewerten oder den Blickwinkel vertreten, dass fast alle Kinder den Schwimmunterricht besuchen und auch ihre Eltern darin ein Potenzial erkennen, das ihnen im Heimatland vielleicht noch ganz unmöglich erschienen wäre.

Ein Leitbild zeigt nur Grundsätze auf, es bedarf deshalb weiterer Strukturen zu seiner Umsetzung. Aus diesem Grund wurde in Basel ein Integrationsgesetz geschaffen, das seit Januar 2008 wirksam ist (siehe [www.welcome-to-basel.bs.ch](http://www.welcome-to-basel.bs.ch), [5]). Es legt Regeln zum Integrationsprozess, aber auch zur Chancengleichheit und zur Bekämpfung von Diskriminierung fest. Heute besteht in Basel die Möglichkeit, mit Ausländerinnen und Ausländern aus Nicht-EU-Ländern eine Integrationsvereinbarung zu treffen. In ihr werden verbindliche Ziele vereinbart, deren Nichterfüllung als letzte Konsequenz – wenn zusätzliche Faktoren, wie Kriminalität oder Sozialhilfebezug dazukommen – den Entzug der Aufenthaltsbewilligung zur Folge haben kann.

Abschliessend möchte ich anhand eines Fallbeispiels den Integrationsprozess einer Familie vorstellen, an dem auch unsere kinder- und jugendpsychiatrische Klinik während mehrerer Jahre beteiligt war.

### Integration in der Praxis

Alyssa lebte mit ihren Eltern und ihren drei Geschwistern in einem politisch und militärisch umkämpftem Gebiet im Nahen Osten. Als sie 8-jährig war, musste die Familie vor den kriegerischen Wirren fliehen. Auf der Flucht wurde Alyssa für kurze Zeit von den Eltern getrennt. Schliesslich fand sie ihre Familie wieder und gelangte auf Umwegen in die Schweiz. Alyssas Ge-

schwister lebten sich in der Schule problemlos ein und lernten rasch Deutsch. Sie hingegen litt unter heftigen Angstattacken, getraute sich nicht, allein zu sein, und schreckte nachts häufig auf. Am meisten Sorge bereite- te den Eltern, dass Alyssa sich wie ein kleines Kind verhielt und kaum noch ein Wort sprach. Sie wurde in eine heilpädagogische Sonderschule eingeteilt.

Der Kontakt mit der kinderpsychiatrischen Poliklinik erfolgte schliesslich auf Vermittlung der Lehrerin. Für den Therapeuten stellte sich bei Alyssa die Frage, ob es sich bei ihrem sprachlichen, kognitiven und emotionalen Entwicklungsrückstand in erster Linie um eine Veranlagung handelte oder ob die Symptome hauptsächlich eine Reaktion auf die traumatischen Erlebnisse der Flucht darstellten. Mit anderen Worten: Hatte es Alyssa vielleicht vor Schreck die Stimme verschlagen? Rückblickend betrachtet, spielte wahrscheinlich beides eine Rolle. Die Eltern erzählten, dass sich Alyssa schon als kleines Kind langsamer und schwerfälliger als ihre Geschwister entwickelt habe. Alyssa hatte aber auch als Einzige während der Flucht eine Trennung von ihrer Familie erlebt, und wahrscheinlich standen ihr weniger persönliche Ressourcen für die Verarbeitung dieser schrecklichen Erfahrung zur Verfügung. Entsprechend heftig war ihre traumatische Reaktion.

Im Verlauf der folgenden Jahre machte Alyssa eine eindrückliche Entwicklung durch. Sie gewann an Selbstsicherheit, sprach wieder mehr und war weniger furchtsam. Auch in der Schule zeigte sie sozial und leistungsmässig Fortschritte. Nachdem das Hadern der Eltern über Alyssas «Langsamkeit» die Gespräche lange beherrscht hatte, rückten für die Familie jetzt auch andere Themen in den Vordergrund. Die Familie erhielt eine Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz. Das brachte einerseits Sicherheit und Entlastung, bedeutete aber auch längerfristige Trennung und Abschied von der Heimat. Die Geschwister von Alyssa fanden sich bestens zurecht, der Vater arbeitete und lernte die Sprache, aber die Mutter verstand kaum ein Wort Deutsch und hatte Heimweh. Beschämt erzählte sie dem Therapeuten, dass ihre Kinder sie manchmal auslachen würden, wenn sie sich nicht getraue, jemanden ausserhalb des Hauses anzusprechen oder um Rat zu fragen. Alyssa, die beim Gespräch dabei war, begann zu kichern. Die Mutter war jetzt in der Familie zur Trägerin der fehlenden Sprache geworden. Eineinhalb Jahre nach dem ersten Kontakt zeichnete Alyssa in einer Therapiestunde ihre Familie: sich selbst zwischen den Eltern, die drei Geschwister weiter unten auf dem Blatt. Man könnte die Zeichnung als Metapher für das Ankommen im neuen Land verstehen; die beiden Schwestern und der Bruder bereits fast am neuen Ort gelandet, Alyssa, ihre Mutter und ihr Vater noch etwas weiter vom festen Boden entfernt.

Der Therapeut empfahl der Mutter, einen Deutschkurs zu besuchen. Es gibt dafür gute niederschwellige Angebote in Basel. Der Vorschlag wurde vom Vater sofort mit der Begründung abgelehnt, seine Frau habe neben dem Haushalt und ihrer Tätigkeit als Reinigungskraft keine Zeit für einen solchen Kurs. So sehr er sich für die Bildung und Integration seiner Kinder engagierte, so strikt blieb seine traditionelle, rückwärtsgewandte Ausrichtung in der Ehebeziehung.

Dieses Fallbeispiel zeigt, wie komplex sich der Prozess



**Zeichnung von Alyssa nach der Therapie: Die beiden Schwestern und der Bruder sind bereits fast am neuen Ort gelandet, Alyssa, ihre Mutter und ihr Vater sind noch etwas weiter vom festen Boden entfernt.**

der Integration einer Familie darstellen kann und welche Herausforderung, aber auch Chance es bedeutet, alle Ziele, Ansprüche und Wertvorstellungen miteinander zu vereinen. Der Therapeut pochte weiter auf die Sprache als Ressource und den Deutschkurs für die Mutter. Der Vater entgegnete, sie hätten vier Kinder, seien auf den Verdienst der Mutter angewiesen, um unabhängig zu bleiben und nicht auf staatliche Sozialhilfe angewiesen zu sein. Beides gute Argumente! Eine einfache Lösung bot sich nicht an. Aber die Familie und der Therapeut blieben weiter im Gespräch, forderten sich heraus und suchten miteinander nach einem Weg. Auch das ist ein Aspekt der Integration. ●

**Korrespondenzadresse:**

**Prof. Alain Di Gallo**  
Herausgeber P&N  
Chefarzt KJPK

**Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik**  
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel  
E-Mail: [alain.digallo@upkbs.ch](mailto:alain.digallo@upkbs.ch)

Referenzen:

1. Adam H. (2007): Seelische Gesundheit von Flüchtlingskindern. Eine empirische Untersuchung an Hamburger Schulen. Habilitationsschrift. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
2. Adam H. (2009): Seelische Probleme von Migrantenkindern und ihren Familien. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58, 244–262.
3. Integrationsgesetz Basel-Stadt ([www.welcome-to-basel.bs.ch](http://www.welcome-to-basel.bs.ch)).
4. Lanfranchi A. (2002): In: Familien und Migration: Zur psychosozialen Situation von Migrationsfamilien (77–95). Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen ([www.ekff.admin.ch](http://www.ekff.admin.ch)).
5. Leitbild und Handlungskonzept des Regierungsrates zur Integrationspolitik des Kantons Basel-Stadt ([www.welcome-to-basel.bs.ch](http://www.welcome-to-basel.bs.ch)).
6. Razum O, Zeeb H. (2004): Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. Nervenarzt, 75, 1092–1098.
7. Schepker R. (2009): Beiträge aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Prävention und Integration bei Kindern in Zuwandererfamilien. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58, 263–277.
8. Svejda-Hirsch L., Streb P. (2009): Kulturwechsel und Erkrankung – von Unterschieden und Gemeinsamkeiten. Schweizerische Ärztezeitung, 90, 1585–1587.
9. Weilandt C., Rommel A., Eckert J., Gall Azmat R. (2006): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Bundesgesundheitsblatt, 49, 866–872.
10. Yilmaz T., Riecher-Rössler A. (2008): Suizidversuche in der ersten und zweiten Generation der ImmigrantInnen aus der Türkei. Neuropsychiatrie, 4, 261–267.