

Anleitung einer Selbsthilfegruppe für türkische Migrantinnen mit psychischer Belastung

1. Ein Selbsthilfegruppen-Anleitungsprojekt und dessen Ausgangslage

Als Psychologin habe ich während meiner beruflichen Laufbahn unterschiedliche Gruppen angeleitet: Gesprächsgruppe auf einer psychiatrischen Akutstation, motivierende Gesprächsgruppe für depressive türkische Frauen, soziales Kompetenztraining für türkische Frauen, psychoedukative Gesprächsgruppe für türkische Frauen. Die Anleitung einer Selbsthilfegruppe hatte ich ursprünglich nicht geplant. Dieses Konzept ergab sich vielmehr aus der aktuellen Lage heraus, dass die psychiatrische ambulante Versorgung für türkische Migrantinnen nicht ausreichend ist und die Nachfrage von Bedürftigen nach einem unterstützenden Setting jeglicher Art steigt. In diesem Zusammenhang beschloss ich, ein Projekt durchzuführen und eine Selbsthilfegruppe mit anfänglich professioneller Anleitung aufzubauen. Die Idee war, dass ich innerhalb der Gruppe als Leiterin mit psychologischer Expertise zunehmend überflüssiger werde und die Gruppe sich alleine weiter tragen kann. In Anlehnung an diese Gruppe wollte ich folgenden Fragen nachgehen: Werden die türkischen Frauen eine derartige Gruppe als unterstützend und hilfreich empfinden? Wird die Gruppe auch ohne professionelle Anleitung weiterhin aufrecht gehalten? Welche Funktion habe ich in der anfänglichen Aufbauphase?

Zunächst soll dargestellt werden, dass aufgrund der bestehenden psychiatrischen Mangelversorgung für Migranten ein derartiges Projekt als notwendig erschien. Um der Diversität der unterschiedlichen kulturellen Ethnien gerecht zu werden, ist es sowohl von theoretischer als auch von praktischer Bedeutung, „die (sehr unterschiedliche) Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund (...) entsprechend differenziert zu betrachten“ (Thiel 2010, S. 118). In Bezug auf die Gruppe türkischer Migrant/innen in Deutschland handelt es sich primär um Gastarbeiter und ihre nachgezogenen Familien. Ab dem Jahr 1961 fanden große Anwerbewellen von meist männlichen türkischen Arbeitskräften aus der Türkei statt. Voraussetzung für eine Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis war eine Unbedenklichkeitsbescheinigung der zuständigen Gesundheitsbehörde (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2008). Die Anzahl der weiblichen Arbeitskräfte aus der Türkei nahm Anfang der siebziger Jahre zu, da die Industrie verstärkt ausländische Frauen als billige Arbeitskräfte suchte (Bundesministerium des Innern 2008). Aktuell leben über 2,5 Millionen Türk/innen in der Bundesrepublik Deutschland, ca. 47 Prozent davon sind Frauen (Statistisches Bundesamt 2008). Heute weisen viele ausländische Arbeitnehmer/innen in der Bundesrepublik Krankheiten und Krankheitsbilder auf, die

meist auf ihre durch die Migration veränderten Lebensverhältnisse zurückgeführt werden können.

2. Selbsthilfegruppen und Menschen mit Migrationshintergrund

Aufgrund dieser beträchtlichen Zahlen ist es von hoher Relevanz, in den vorliegenden Gesundheitsstrukturen einen Weg zu schaffen, der einen Zugang zur psychiatrischen Versorgung für diese Gruppe ermöglicht, was bisher in vielen Regionen nicht ausreichend der Fall ist. Noch weniger von den Angeboten der Gesundheitsversorgung werden ausländische Frauen und Mädchen erreicht, weshalb die Erarbeitung eines zielgruppengerechten und geschlechtsspezifischen Zugangsangebots als dringend notwendig erscheint. Zahlen zu speziellen Angeboten der bundesweiten Selbsthilfevereinigungen für Migrant/innen für das Jahr 2008 sind der Tabelle 1 zu entnehmen (vgl. NAKOS, 2009 a). 10,3 Prozent der Selbsthilfevereinigungen bieten spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund. Diese würden aus fremdsprachiger Unterstützung, mehrsprachigen Informationsbroschüren, Beratungsgesprächen sowie Selbsthilfegruppen-Treffen mit Schwerpunkt spezieller Probleme von Menschen mit Migrationshintergrund bestehen. Im psychosozialen Sektor liegt im Vergleich zum Jahr 2007 mit einem Anteil von 5,6 Prozent (Möller-Bock / Schilling 2007, S. 47) eine Steigerung auf 7,9 Prozent vor. Dass dieser Sektor mit dem niedrigsten Anteil einhergeht, könnte unter anderem

Angebote für Migranten der Bundesvereinigungen der Selbsthilfe in Deutschland 2008							
	Gesamt	Gesundheit		Psychosoziales		Soziales	
<i>Haben Sie spezielle Angebote für Migrant/innen?</i>							
Ja	33 10,3%	25	11,1%	6	7,9%	2	11,1%
Nein	287 89,7%	201	88,9%	70	92,1%	16	88,9%
<i>Sind in Ihrer Selbsthilfevereinigung/ -organisation auch Migrant/innen aktiv?</i>							
Ja	79 24,7%	56	24,8%	20	26,0%	3	17,6%
Nein	181 56,6%	133	58,9%	37	48,0%	12	64,7%
Weiße nicht	60 18,8%	37	16,4%	20	26,0%	3	17,6%
Bundesvereinigungen der Selbsthilfe: N = 345; n = 320							
Tabelle 1				© NAKOS 2009			
Aus: NAKOS Studien, Selbsthilfe im Überblick 2, Zahlen und Fakten 2008, Übersicht 2.3. NAKOS 2009 a, S. 20 Vgl. auch NAKOS Studien, Selbsthilfe im Überblick 1, Zahlen und Fakten 2007 (NAKOS 2008, S. 23) sowie Möller-Bock / Schilling 2007, S. 47							

darauf zurückgeführt werden, dass in diesem Zusammenhang Gesprächsgruppen eine große Bedeutung zukommt (Möller-Bock / Schilling 2007, S. 46), was den Zugang aufgrund mangelnder sprachlicher Anknüpfungsfähigkeit erschweren könnte.

Bundesweit gibt es allgemeine Bestrebungen, die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen zu steigern. In diesem Zusammenhang stellt sich immer häufiger die Frage, wie sich eine Migrantensorientierung umsetzen lassen könnte und wie weit die Bemühungen reichen müssen? Wie kann beispielsweise versucht werden, Migrant/innen das Konzept der Selbsthilfegruppen vertraut zu machen und die Inanspruchnahme dieser zu steigern? Ist es von zentraler Bedeutung, bestehende kulturelle Eigenheiten zu berücksichtigen und eine intensive Aufklärungsarbeit und Eingrenzung der Zielgruppe vorzunehmen? In diesem Artikel wird der Fokus immer wieder auf die türkische Migrantengruppe gelegt, weil bei der Vielzahl der in Deutschland lebenden Nationalitäten diese zahlenmäßig die größte Subgruppe darstellt.

Barrieren für Selbsthilfeaktivitäten von Menschen mit (türkischem) Migrationshintergrund

Der gegenseitige Austausch von Erfahrung und Wissen erfolgt unmittelbar durch Gespräche. Aus diesem Grund setzt die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe eine gewisse sprachliche Anknüpfungsfähigkeit voraus (Kofahl / Hollmann / Möller-Bock 2009, S. 56-57). Die gegenwärtige professionelle Selbsthilfe ist bislang wenig auf die Belange von Migrant/innen zugeschnitten und kann daher nicht von allen Bevölkerungsgruppen zur Problembewältigung

Barrieren der Selbsthilfegruppenbeteiligung	
Barrieren	Alternativen
kein adäquater Begriff für Selbsthilfe	im Türkischen z.B. „Solidaritätsgruppe“, „Frauengruppe“, o.a.
Schambesetzung gesundheitlicher Probleme	Umetikettieren der Selbsthilfegruppe
keine Anonymität, da ethnische Netzwerke kleiner und umschlossener sind	Umetikettieren, Gruppenregeln
Extern orientiertes Krankheitsverständnis	Informationen und Schulungen zur Bedeutung des (präventiven) Selbstmanagements
keine Anleitung	geschulte Gruppenleiter
Gruppenzusammensetzung	geschlechtshomogene Gruppen
Illiteralität	Schneeballverfahren, sprachkompetente Gruppenleiter
Tabelle 2 (Nach Kofahl / Hollmann / Möller-Bock 2009, S. 59-60)	

wahrgenommen werden (Bobzien 2005). In Tabelle 2 sind mögliche Barrieren aufgelistet, die sich bei der Beteiligung an Selbsthilfegruppen für Migrant/innen ergeben. Vom Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg wurden darüber hinaus unter anderem folgende Hemmnisse für die Beteiligung an Selbsthilfefuzusammenschlüssen ermittelt: geringes Problembewusstsein, finanzielle Barrieren sowie mangelhafte Vorerfahrungen (vgl. NAKOS 2009 b, S. 9). Dennoch ist anzumerken, dass es zum Teil auch ein generelles Problem ist, sozial benachteiligte Menschen für bestimmte Krankheits- oder Problembereiche in Bezug auf Selbsthilfegruppen zu motivieren bzw. die Zugänge zu diesen zu ermöglichen (NAKOS 2009 b, S. 8-9).

Krankheitsverständnis im türkischen Kulturkreis

Allein der Begriff der Selbsthilfe impliziert, dass das Individuum angesprochen ist, aktiv zu werden. Wie bereits erwähnt, gibt es für diesen Begriff zum Beispiel im Türkischen keine entsprechende wortgetreue Übersetzung, die inhaltlich einen Sinn ergibt. Mitunter ist ein Grund hierfür das kulturelle Krankheitsverständnis. In Anbetracht dessen, dass Türk/innen pessimistischere Krankheitsvorstellungen zeigen und zudem eine nach außen orientierte Krankheitsursachenzuschreibung haben als Deutsche (Franz u.a. 2007), insbesondere steht eine solche außen orientierte Zuschreibung in Konflikt mit der Vorstellung von Selbsthilfe. Subjektive Krankheitskonzepte beinhalten Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen in Bezug auf die Störung des Gesundheitszustandes (Linden 1985). Somit umfassen sie Annahmen über Erkrankungssymptome, Ursachen, Konsequenzen und Dauer der Erkrankung, Behandlungswirksamkeit und den eigenen Einfluss auf die Erkrankung. Religion und magische Vorstellungen tragen ebenso zum Krankheitsverständnis bei, indem der Einfluss des göttlichen Willens auf die Gesundheit im Islam als schicksalhaft angesehen wird (Ostermann 1990). Insbesondere psychische Beschwerden, unklare Krankheitserscheinungen sowie unbekannte Krankheitsursachen werden mit volksmedizinischen oder religiösen Erklärungsmustern in Verbindung gebracht (Becker / Wunderer / Schultz-Gambard 1998). Diese Sichtweise beeinträchtigt die Vorstellung über gesundheitliche Selbstwirksamkeit.

Folgendes Beispiel soll dies näher darstellen: Wenn eine somatische Krankheitserscheinung vorliegt und mehrere Arztkonsultationen keine organischen Befunde hierfür ergeben haben, dann wird eine extern Ursachenzuschreibung herangezogen („Das ist gottgewollt“). Daraus könnte folgen, dass damit das Konzept der Eigeninitiative im Sinne von Selbsthilfe schwer zu vereinbaren ist. Fehlende internale Ursachenzuschreibung könnte daher die Eigeninitiative behindern und somit auch die Selbstwirksamkeitswahrscheinlichkeit. Mit entsprechenden Informationen und Psychoedukationen muss diesbezüglich ein wesentlicher Beitrag zur Veränderung des Krankheitsverständnisses geleistet werden.

Vorteile der kulturspezifischen Selbsthilfe

Selbsthilfe ist als Begriff für viele türkische Mitbürger/innen nicht ohne Weiteres zu verstehen und muss in mehreren Sätzen erläutert werden. Das Konzept der Selbsthilfe ist in der Türkei in dieser Form nicht bekannt. Daher muss dieser Bevölkerungsgruppe zunächst das Wissen vermittelt werden, welche Bedeutung ein Gruppensetting und der Austausch mit anderen Betroffenen haben. Wieso lohnt es sich, sich einer Gruppe anzuschließen? Was kann die Gruppe einem geben? Was kann man selbst für die Gruppe beitragen? In diesem Zusammenhang ist es wichtig, implizite kulturelle Werte bei anderen Gruppenmitgliedern bereits voraussetzen zu können, um sich bei ihnen nicht fremd zu fühlen. Die Gemeinschaft spielt in der türkischen Kultur eine ganz wesentliche Rolle für das Individuum, sein Selbstbild und seine Selbstidentifikation. Die Basis ähnlicher Sozialisationen und vergleichbarer kultureller und individueller Werte steigert das Ähnlichkeitsgefühl und somit auch das „Sich-Wohlfühlen“ innerhalb einer Gruppe. Die Kommunikation in der Muttersprache erhöht in Selbsthilfegruppen das Potenzial, die Gesundheitskompetenz der Mitglieder und die Inanspruchnahme der Leistungsangebote der Mehrheitsgesellschaft zu fördern (Kofahl / Hollmann / Möller-Bock 2009). Weitere Vorteile sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Vorteile kulturspezifischer Selbsthilfe	
Vorteile kulturspezifischer Selbsthilfe	Alltagspraktische Bedeutung
Sprechen in der Muttersprache	Authentischer und kongruenter Ausdruck
Arbeiten mit Symbolen, Bildern und Metaphern	Erfahrungen und Deutungen besser verstehen und annehmen
Soziale und kommunikative Regeln im gemeinsamen Kontext	Keine Spannungen und kein Unwohlsein aufgrund kultureller Missverständnisse
Vermitteln von praktischen Alltagstipps	Große Bedeutung für das Leben in der Fremde
Tabelle 3	(Nach Kofahl / Hollmann / Möller-Bock 2009, S. 57)

Welche Herausforderungen das kulturzentrierte Setting darstellt, wurde von Thiel in einem Impulsreferat zum Thema folgendermaßen beschrieben (Thiel 2010, S. 124): „Es geht um eine einladende, aktivierende, Gelegenheiten schaffende Handlungsperspektive von unterstützenden Einrichtungen, und dabei vor allen Dingen darum, persönliche Kontakte / Vertrautheit herzustellen, eine Atmosphäre zu schaffen, die den sozialen Nahraum und kulturelle Bedürfnisse spiegelt, neutrale Anlässe für Treffen schaffen, zum Beispiel gemeinsames Schwimmen, Kochkurse, aus denen sich im Laufe der Zeit problembezogene Gruppentreffen entwickeln können, Multiplikator/innen einbeziehen,

zum Beispiel (...) Autoritäten (...) im Lebensumfeld von Migrantinnen und Migranten (...). Je mehr diese Herausforderungen bewältigt werden können, desto mehr können die kulturspezifischen Vorteile einer Selbsthilfe zum Ausdruck kommen und somit zu ihrer Aufrechterhaltung beitragen.

3. Blick in die Praxis: Das Selbsthilfegruppen-Anleitungsprojekt

In Anlehnung an die bisher dargestellten Überlegungen und Tatsachen, sollte eine angeleitete Selbsthilfegruppe für türkische Frauen initiiert werden. Aus Erfahrungsberichten anderer türkischer Gruppenleiter war bekannt, dass die Rekrutierung der Teilnehmer und ihre regelmäßige Teilnahme sich insbesondere in den Anfangsphasen als schwierig gestalten (vgl. Rink / Kofahl 2008). Aus diesem Grund sollte im Voraus eine Informationsveranstaltung stattfinden. Darüber hinaus sollten folgende Bedingungen bei der Realisierung des Projekts beachtet werden:

- Informationsveranstaltung
- gleichgeschlechtliche Gruppe
- Einsatz von geschulter Gruppenleiterin mit gleichem Migrationshintergrund
- Rekrutierung in den regionalen Vereinen und Verbänden der jeweiligen kulturellen Bevölkerungsgruppe.

Selbsthilfegruppe für türkische Frauen mit psychischer Belastung

Im Folgenden wird die Selbsthilfegruppe näher dargestellt, die als Kooperationsprojekt von unterschiedlichen Trägern initiiert und unterstützt wurde. Die Gruppe erhielt die Bezeichnung „Selbsthilfegruppe für türkische Frauen mit psychischer Belastung“. Es wurde gezielt darauf geachtet, Begriffe wie „Störung“, „Krankheit“, „Depression“ oder vergleichbare andere nicht zu verwenden, um gewisse Schambesetzungen zu vermeiden und eine größere Zielgruppe anzusprechen.

Anfangsphase

Einige Wochen vor der ersten Sitzung wurde eine Informationsveranstaltung durchgeführt, um Interessierte zunächst über Selbsthilfegruppen im Allgemeinen und insbesondere über die anstehende Gruppe zu informieren. Auf diese Veranstaltung wurde durch Annoncen in diversen regionalen Zeitungen, Institutionen zu psychischen Erkrankungen sowie anderweitigen Veranstaltungen für türkische Frauen aufmerksam gemacht. Folgende Kriterien wurden von den unterstützenden Trägern und der Gruppenleiterin im Voraus festgelegt:

- Rekrutierung von Interessierten durch Flyer und diverse Medienpräsenz
- Informationsveranstaltung für Interessierte
- nur Frauen
- geschlossene Gruppe
- anfängliche Gruppenleitung durch eine türkischsprachige Psychologin
- vorgegebene Impulsreferate
- anschließende eigenständige Weiterführung der Gruppe.

Von den anwesenden Interessierten bei der Informationsveranstaltung bildete sich schließlich eine Gruppe von Frauen, die sich von den Informationen zur Gruppe angesprochen fühlte. Die Gruppe sollte geschlossen bleiben, um zunächst die Vertrautheit aufzubauen und diesen Prozess nicht durch neue Mitglieder zu stören. Die geschlechtsspezifische Einschränkung auf Frauen, sollte wie oben beschrieben, ein gleichgeschlechtliches Setting gewährleisten. Der Einsatz von einer türkischsprachigen Psychologin hatte den Zweck, durch ihre berufliche Expertise der Gruppe eine therapeutische bzw. psychosoziale Bedeutung beizumessen, Seriosität zu vermitteln, eine Atmosphäre unter den Teilnehmerinnen zum „Miteinander – Füreinander“ und „Für-Sich-Selbst“ zu schaffen sowie die Tabuisierung von psychischen Störungen zu durchbrechen.

Informationsveranstaltung

Es nahmen ungefähr 17 Frauen an der Veranstaltung teil, von denen einige sich kannten. Die Mehrheit der Frauen gab an, durch Bekannte über diese Veranstaltung gehört zu haben. Die Veranstaltung unterteilte sich zum einen in den Informationsteil über psychische Erkrankungen und zum anderen in den Aufklärungsteil über Therapiemöglichkeiten und Selbsthilfegruppen. Eine anschließende Diskussions- und Fragerunde gab den Teilnehmerinnen die Möglichkeit, Bedenken und Unklarheiten anzusprechen.

Teilnehmerinnen-Profil

Es ist anzumerken, dass die Anzahl der Teilnehmerinnen in den jeweiligen Sitzungen nicht konstant blieb. Es gab eine Schwankung zwischen 6 und 9 Teilnehmerinnen. Die Mehrheit gab an, aktuell oder in der Vergangenheit bei einem Psychiater bzw. Psychologen in Behandlung (gewesen) zu sein, weshalb einige Diagnosen bereits bekannt waren.

Aufbau der ersten fünf Sitzungen

1. Sitzung: Psychische Erkrankungen Teil I: Depressionen

Beim ersten Treffen der Gruppe waren 9 Teilnehmerinnen anwesend. Zur Einstimmung gab es eine Vorstellungsrunde, wobei alle Teilnehmerinnen bereits auch bei der Informationsveranstaltung anwesend waren. Ein anschließendes Impulsreferat zum Thema Depressionen sollte zunächst psychoedukatives Wissen vermitteln sowie die Hemmschwelle, darüber zu reden, reduzieren. Viele Informationen waren den Teilnehmerinnen nicht bekannt, so dass viele Fragen gestellt wurden. Mit der Begriffsklärung der Depression konnte sich die Mehrheit identifizieren, unter anderem aufgrund eigener Betroffenheit.

2. Sitzung: Psychische Erkrankungen Teil II: Ängste, Psychosen

Die Krankheits- bzw. Problembilder Angststörungen und Psychosen waren weitgehend unbekannt. Das Impulsreferat hatte den Sinn, diese Störungsbilder anhand von Fallbeispielen darzustellen und somit über entstehende Fragen zu sprechen. Es wurden Fälle aus dem familiären Umfeld eingebracht.

Aufgrund der (in)direkten Betroffenheit durch nahestehende Personen wurde dem Thema (türkischsprachige) Therapiemöglichkeiten viel Platz eingeräumt.

3. Sitzung: Soziale Belastungsfaktoren: Eltern, Ehepartner, Kinder

Gesprächsinhalte bezogen sich auf Konflikte mit Kindern im Jugendalter, deren Erziehung im „fremden“ Land mit anderen kulturellen Werten sowie auf Konflikte mit Ehemännern aufgrund von Alkoholkonsum, Automaten Spielsucht oder häusliche Gewalt. Den eigenen Gefühlen Aufmerksamkeit schenken, diese äußern und seelische Unterstützung durch andere Frauen mit ähnlichen Erfahrungen zu bekommen, wurden als entlastend bewertet. Mit Tipps und Anregungen füreinander wurde versucht, sich gegenseitig zu entlasten sowie zu unterstützen, weshalb sich der Verzicht auf ein Impulsreferat als situationgerecht erwies.

4. Sitzung: Soziale Kompetenzen und Kommunikationsstile

Anhand eines kurzen Impulsreferats wurden soziale Kompetenzen erläutert und Kommunikationsstile beschrieben. Mit mehreren Beispielen wurde dieses alltagsrelevante Thema interaktiv bearbeitet. Die gemeinsame Suche nach eigenen Beispielen zu Erfolgen und Misserfolgen in der Kommunikation ergänzte den theoretischen Teil.

5. Sitzung: Selbsthilfegruppen: Strukturen und Ziele

Im letzten gemeinsamen Treffen wurden bisherige Erfahrungen und Erlebnisse innerhalb der Gruppe besprochen und reflektiert. Die Rückmeldungen verdeutlichten, dass die Gruppe einen wichtigen Platz im Leben der Teilnehmerinnen eingenommen hatte. Die Unterteilung der Treffen in Impulsreferate und offene Gesprächsrunde wurde als sehr positiv bewertet. Die Möglichkeit zur Selbsterfahrung habe zum Verständnis für das Konzept „Selbsthilfegruppe“ beigetragen. Es gab bereits Pläne, in welchen Abständen und in welchen Räumlichkeiten regelmäßige Treffen weiterhin stattfinden sollten.

Positive Erfahrungen

Die Rückmeldungen der Frauen hinsichtlich ihrer in der Gruppe gemachten Erfahrungen waren durchweg positiv. Ich persönlich habe die Erfahrung gemacht, dass durch die Unterteilung der Sitzungen in einen theoretischen Teil (Impulsreferat) und einen praktischen Teil (Gesprächsrunde) ein besseres Verständnis dafür entwickelt werden konnte, weshalb eine Selbsthilfegruppe einen wichtigen Stellenwert hat. Nach dem „Learning by Doing-Prinzip“ konnten die Teilnehmerinnen persönliche Erfahrungen in einem geschützten Rahmen dahingehend sammeln, welche Vorteile ein derartiges Gruppensetting hat. Somit wurden die anfänglichen Bedenken, wie es ohne professionelle Gruppenleitung weitergehen könnte, im Verlauf abgebaut. Der schwierigen Rekrutierungsphase konnte mit dem Einsatz einer türkisch sprechenden Psychologin zum Teil entgegen gewirkt werden. Das fremde Gefühl, mit und vor anderen über persönliche Probleme zu sprechen, konnte durch die Gesamtgestaltung mit Psychologin und Impulsreferaten schrittweise abgebaut

werden, weshalb sich diese Vorgehensweise meiner Meinung nach als erfolgreich erwies.

Negative Erfahrungen

Im Hinblick auf die Rekrutierungsphase habe ich die Erfahrung gemacht, wie schwierig es ist, türkischen Frauen die Bedeutung von Gruppen und einem Gruppensetting im gesundheitlichen Kontext zu vermitteln. Aufgrund der Tatsache, dass auf medialem Weg in der Region auf die Gruppe aufmerksam gemacht wurde, hatte ich eine größere Anzahl an Teilnehmerinnen bei der Informationsveranstaltung erwartet. Dies bestätigt den Befund, dass es – trotz großer Nachfrage an gesundheitsfördernden Maßnahmen bzw. Möglichkeiten – Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme gibt. Aufklärungsarbeit und Psychoedukation zu psychischen Störungsbildern sowie Krankheits- bzw. Therapiekonzepten sind weiterhin oberste Ziele in diesem Zusammenhang.

4. Ausblick

Wie bereits angedeutet, sind nicht alle Schwierigkeiten, die in diesem Beitrag aufgezeigt wurden, ausschließlich migrant/innenspezifisch bzw. kulturell bedingt. Die Hemmung, sich innerhalb einer Gruppe zu öffnen und ein Teil dieser zu werden, ist kulturübergreifend vorhanden. Allerdings spitzen sich die Schwierigkeiten für Migrant/innen durch spezifische Barrieren zu, die eine zusätzliche Herausforderung darstellen. Von Thiel (2010, S. 123) wurden drei wesentliche Herausforderungen für Selbsthilfegruppen von Migrant/innen mit den Begriffen „Fremdsprachigkeit“, „Verstehensarbeit“ und „Sprechfähigkeit“ umrissen.

Mit der „Selbsthilfegruppe für türkische Frauen mit psychischer Belastung“ wurde ein Beispiel aus der Praxis vorgestellt, das bisherige zum Thema gesammelten Überlegungen und Befunde erneut bekräftigt, aber auch Wege aufzeigen soll, Migrantinnen und Migranten zu aktivieren und bei der Bildung von Selbsthilfegruppen zu unterstützen.

Anmerkung

Die Bezeichnung Migrant/innen wird in diesem Beitrag synonym gebraucht für „Menschen mit Migrationshintergrund“.

Literatur

- Becker, Silke A. / Wunderer, Eva / Schultz-Gambard, Jürgen: Muslimische Patienten. Ein Leitfadens zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. Germering; München 1998
- Bobzien, Monika: Das Interkulturelle in der Selbsthilfeunterstützung. Wie kann ein „selbsthilfefreundliches“ Klima für Migrantinnen und Migranten angeregt werden? Ein Beispiel aus München. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-jahrbuch 2005. Gießen 2005, S. 57-68
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.): Kriminalität von Aussiedlern. Eine Bestandsaufnahme. Working Paper 12 der Forschungsgruppe des Bundesamtes. Berlin 2008
- Bundesministerium des Inneren (Hrsg.): Migration und Integration. Aufenthaltsrecht, Migrations- und Integrationspolitik in Deutschland. Berlin 2008
- Franz, Michael / Lujic, Claudia / Koch, Eckhardt / Wüsten, Bernd / Yürük, Nergüz / Gallhofer, Bernd: Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen – Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. Psychiatrische Praxis 34, 2007, S. 332- 338
- Kofahl, Christopher / Hollmann, Jannis / Möller-Bock, Bettina: Gesundheitsbezogene Selbsthilfe

- bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsblatt; Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 52, 2009, S. 55-63
- Linden, Michael: Krankheitskonzepte von Patienten. Psychiatrische Praxis 12, 1985, S. 8-12
- Möller-Bock, Bettina / Schilling, Ralph: Befragung der NAKOS: Angebote für und Mitwirkung von Menschen mit Migrationshintergrund sowie Netzwerkaktivitäten von Bundesvereinigungen der Selbsthilfe. In: NAKOS (Hrsg.): NAKOS INFO 93. Berlin, Dez. 2007, S. 45-49
- NAKOS (Hrsg.): Selbsthilfe im Überblick 1. Zahlen und Fakten 2007. Reihe NAKOS Studien. Berlin 2008
- NAKOS (Hrsg.): Selbsthilfe im Überblick 2. Zahlen und Fakten 2008. Reihe NAKOS Studien. Berlin 2009 a
- NAKOS (Hrsg.): Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten fördern und unterstützen. NAKOS Konzepte und Praxis 2. Berlin 2009 b
- Ostermann, Birgit: „Wer versteht mich?“ Der Krankheitsbegriff zwischen Volksmedizin und High Tech. Zur Benachteiligung von AusländerInnen in deutschen Arztpraxen. Frankfurt 1990
- Rink, Ayfer / Kofahl, Christopher: Türkische Selbsthilfegruppen – Erfahrungen von zwei Gruppenleitern. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.). Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Gießen 2008, S. 36-43
- Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Einbürgerungen 2007. Online 2008. Verfügbar unter <http://www-ec.destatis.de/Verzeichnis:csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1022340> Dateiname: 2010210077004.pdf (Zugriff: 23.01.2011)
- Thiel, Wolfgang: Selbsthilfegruppen und Migration. Einblicke und Überlegungen aus dem Feld der Selbsthilfe und der Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 2, 61 2010, S.118-124
- Ebru Dizdar-Yavuz, Diplom-Psychologin, in Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin, ist Mitarbeiterin in der interkulturellen Abteilung des Rudolf-Sophien-Stifts gGmbH in Stuttgart sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Psychosomatischen Ambulanz und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen