

Psychosoziale Beratung für „schwarze Frauen“ und Öffnung der Regeldienste im Zeichen einer therapeutischen und politischen Verantwortung

Valentina Veneto Scheib

Zusammenfassung

Psychotherapeutische Arbeit beinhaltet immer auch ethische und politische Aspekte. Eine politische Dimension psychotherapeutischer Arbeit mit „schwarzen Frauen“ (Migrantinnen, Flüchtlinge, im Exil lebende Frauen) besteht u.a. darin, die interkulturelle Kommunikation zwischen der kulturellen Mehrheit und den Minderheiten zu ermöglichen bzw. zu erleichtern. Dabei muß die Arbeit ressourcenorientiert sein und sowohl Unterschiede als auch die Gemeinsamkeiten zwischen „In- und Ausländerinnen“ fokussieren. Dies erfordert Fachkräfte mit interkultureller Beratungskompetenz in den Regeldiensten. „Schwarze Frauen“ müssen in Beratung und Behandlung als handelnde Subjekte anerkannt werden; ihr Empowerment soll zum Anzeiger eines menschenwürdigen, d.h. ethisch begründeten Arbeitens werden.

Einleitung

Die nachfolgenden Ausführungen habe ich formuliert auf dem Hintergrund meiner langjährigen Erfahrungen als klinische Psychologin und Psychotherapeutin in verschiedenen Diensten der psychosozialen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Es handelt sich also um reflektierte Praxis. Meine Beratungserfahrung bezieht sich sowohl auf deutsche als auch ausländische Familien, Paare und Einzelpersonen - in der Mehrzahl Frauen - verschiedener Nationalitäten.

Die politische und einzelfallübergreifende Dimension meiner Arbeit besteht m.E. unter anderem darin, Brücken zwischen verschiedenen Kulturwelten zu schlagen, indem ich diesen z.B. dazu ver helfe, miteinander in Kommunikation zu treten und Verständnis füreinander zu entwickeln. In der alltäglichen Arbeit bedeutet dies auch, mit VertreterInnen verschiedener Kulturen die Aufmerksamkeit sowohl auf Unterschiede als auch auf Gemeinsamkeiten zwischen „In- und AusländerInnen“ zu richten. Denn Nivellierungstendenzen, die Unterschiede negieren, und Spaltungstendenzen, die Gemeinsamkeiten negieren, verhindern eine interkulturelle Kommunikation. In dieser Arbeit helfen mir einerseits die Erfahrungen in meiner bikulturellen Familie, andererseits meine Identität als Grenzgängerin zwischen verschiedenen Erfahrungsebenen: Der als Fachperson und der als Betroffene. Soweit zum Selbstverständnis.

Inhaltlich berücksichtige ich die Erfahrung, daß Migrantinnen zu den Beratungsstellen mit Schwierigkeiten kommen, die zum Teil für sie als Migrantinnen spezifisch sind, die sie zum Teil aber gemeinsam mit deutschen Frauen oder auch Männern aus ähnlicher sozialer

Schicht haben. Die Problemzusammenhänge, die wir in der Beratungsarbeit mit Migrantinnen - aufgrund der bei ihnen besonders vorhandenen Problemmakkumulierung - verstanden haben, und die Konsequenzen, die wir daraus ziehen, gelten auch für eine große Zahl deutscher Frauen und Männer. Dies bedeutet, entgegen üblicher Vorwürfe, daß wir mit unseren Forderungen keine „Extra-Rosinen“ für Migrantinnen verlangen, sondern bessere Lebensbedingungen für alle sozial Benachteiligten.

Ich werde die Bezeichnung „schwarze Frauen“ verwenden, wenn ich sowohl Migrantinnen als auch Flüchtlinge und im Exil lebende Frauen meine.

Wie gehen deutsche Institutionen mit ihrer multikulturellen Klientel um?

Migrationsbewegungen, d.h. Auswanderung von Personen, die in einem anderen Land nach Arbeit und besseren Lebensbedingungen suchen, hat es schon immer und überall in der Welt gegeben. Auch in Deutschland sind im Laufe der letzten Jahrhunderte Einzelpersonen und Familien ausgewandert: Vor allem nach Amerika, Australien und nach Ost-Europa. Dazu gab es die Auswanderung von Personen und Personengruppen, die ihre Sicherheit und ihr Leben durch Flucht und Exil von politischen Verfolgern zu retten versuchten. Flucht ist überall in der Welt noch aktuell; Flüchtlinge suchen nicht nur in Deutschland Schutz, sondern in der Mehrzahl in angrenzenden Ländern Afrikas, Asiens und Süd-Amerikas.

Um das Miteinander zu gestalten, brauchen wir zunächst die Anerkennung der Tatsache, daß wir fast nirgends auf der Welt auf „menschliche Monokulturen“ treffen; wir leben auch in der BRD in einer Vielfalt, die in dem Bewußtsein vieler Menschen zunehmend als normal betrachtet wird - von einigen Konservativen und Rechten aber (wieder) sehr vehement negiert und bekämpft wird, am Schreibtisch sowie auf der Straße. Die wirtschaftliche Krise und die Konkurrenz um die knapper gewordenen Ressourcen scheinen in allen sozialen Schichten die Akzeptanz rassistischer Ideen als „salonfähiges Gedankengut“ zu erleichtern. Dennoch bleibt die Tatsache, daß wir in einer multikulturellen Gesellschaft leben. Dies zwingt uns alle, auch und gerade als Experten im Bereich der zwischenmenschlichen Kommunikation, nicht nur zur Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Sprachen und kulturellen Besonderheiten, sondern auch zur Auseinandersetzung mit der Art und Weise, wie universelle Menschenrechte in diesem Land umgesetzt und gelebt werden.

„Schwarze Frauen“ werden dabei nach meiner Erfahrung oft „übersehen“, auch und vor allem wenn sie durch eigene psychosoziale oder gesundheitliche Probleme geschwächt sind.

Auch in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung spiegeln sich die Probleme dieser Gesellschaft im Umgang mit Fremden und Fremdheit; es handelt sich zum Teil um strukturelle und institutionelle, zum Teil um zwischenmenschliche Schwierigkeiten. Dazu gehört auch eine tradierte Sichtweise, die Ratsuchenden und Patientinnen als solche nicht ernst nimmt, ihnen ihre Identität als handelndes Subjekt abspricht und sie auf Objekt der Beratung, Behandlung und Forschung reduziert.

Eigene Kategorien und theoretische Denkgebäude werden auch von vielen „Experten“ zwischenmenschlicher Kommunikation - wie FamilientherapeutInnen - vorschnell den - vor allem ausländischen - Ratsuchenden übergestülpt.

Die Gründe dafür sind vielfältig und liegen m.E. auf der Ebene **gesellschaftlicher und institutioneller „Zwänge“** (immer schneller, mit immer weniger personellen und finanziellen Ressourcen immer mehr Ratsuchende versorgen, nach kapitalistischem Muster); auf der Ebene **wissenschaftlicher Enge** (z.B. mißverständene Prinzipien der Kurzzeittherapie, Unklarheiten bei Diagnose und Indikationsstellung, mangelhafte Einbettung angelernter Therapie-Techniken im Hintergrund- und Basiswissen aus verschiedenen Disziplinen wie vor allem Psychologie und Psychiatrie, verflachtes und unhinterfragtes Arbeiten „nach Schema F“); auf der Ebene der **Persönlichkeitsmerkmale und persönlich-professionellen Entwicklungsphasen der BeraterInnen und TherapeutInnen** (z.B. mangelhafte Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz, mangelhafte Konfliktfähigkeit, Angst vor Autorität und Vorgesetzten an Stelle von Zivilcourage, Burn-out-Syndrom).

Darüber hinaus wird der Blick der BeraterInnen und BehandlerInnen für Lösungsmöglichkeiten versperrt durch die einseitige Definition von Problemen als Defizit der Fremden, statt als Schwierigkeiten im Miteinander.

Migrantinnen haben seit Jahrzehnten ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland, hier zahlen sie Steuern und Beiträge zur Sozialversicherung; sie tragen damit zum Wohlstand der bundesrepublikanischen Gesellschaft bei. Deshalb - aber auch aufgrund der universellen Menschenrechte - steht ihnen und allen „schwarzen Frauen“ eine medizinische und psychosoziale Versorgung zu, die ihre Würde anerkennt und ihr Leben und ihre Gesundheit schützt. „Nur wer Ehrfurcht vor dem geistigen Wesen anderer hat, kann anderen wirklich etwas sein“ (Albert Schweitzer).

„Schwarze Frauen“ haben Anspruch auf eine adäquate medizinische, psychologische und soziale Versorgung. Theoretisch stehen ihnen die deutschen Institutionen und Regeldienste genauso offen wie den deutschen Frauen auch; für Flüchtlinge wurden einige wenige spezialisierte Einrichtungen, wie z.B. das „Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge und Opfer organisierter Gewalt“ vom Evangelischen Regionalverband in Frankfurt am Main, geschaffen.

In der Tat verhindern aber sprachliche, kulturelle und institutionelle Barrieren (wie z.B. lange Wartezeiten, Entfernung vom Wohnort, segmentierte und stark spezialisierte Sichtweise) die Inanspruchnahme solcher Versorgungs- und Beratungsdienste seitens der „schwarzen Frauen“.

In Krankenhäusern ist es üblich, daß türkische Putzfrauen zum Dolmetschen komplizierter medizinischer und persönlicher Inhalte zu Gesprächen zwischen ärztlichem Personal und Patientinnen türkischer Nationalität hinzugezogen werden. In ambulanten psychosozialen Beratungsstellen werden meistens Bekannte der Ratsuchenden oder - schlimmer noch - deren Kinder anstelle von professionellen Dolmetschern geholt. Eine korrekte Übersetzung

und Verständigung sind damit genauso wenig wie Datenschutz und offene, ehrliche Aussagen gewährleistet. Die Konsequenzen für Beratung und Therapie können fatal sein. Hinzu kommt, daß die Kinder, die als „Dolmetscher“ herangezogen werden, eine starke Rollendiffusion und die Verschiebung und Verwischung der Grenzen zwischen den Generationen erfahren: Sie erleben die Eltern - meistens geht es um die Mutter - als hilflos, schwach, von ihrer Unterstützung abhängig und inkompetent im Umgang mit der deutschen Umwelt und sich selbst dagegen in den entsprechenden Situationen als selbstständig, stark, kompetent, gegenüber den Eltern überlegen (manchmal aber auch als völlig überforderte Versager).

Viele Institutionen verzichten ganz auf Dolmetscher und nehmen eine oberflächliche und oft fehlerhafte sprachliche Verständigung als ausreichend hin, meistens bei gleichzeitigem Ignorieren der spezifischen kulturellen Hintergründe und Lebensbezüge der Ratsuchenden im Herkunftsland und im Migrations- bzw. Exilland.

Wir brauchen dringend Expertinnen mit interkultureller Beratungskompetenz sowie „Kultur-dolmetscherinnen“, d.h. Fachkräfte, die aufgrund ihrer reflektierten Migrationserfahrung in der Lage sind, „schwarze Frauen“ und deutsche BeraterInnen in ihren jeweiligen Positionen zu verstehen, zu akzeptieren und miteinander in Kommunikation zu bringen.

Medizinische und psychosoziale Problemlagen „schwarzer Frauen“

Die medizinischen und psychosozialen Problemlagen, die „schwarze Frauen“ zum Aufsuchen von Diensten der medizinischen, psychologischen und sozialen Versorgung bewegen, sind so vielfältig wie diese Frauen und ihr Leben auch. Ich werde mich auf die Nennung der häufigsten psychosozialen Problemlagen beschränken.

Migrantinnen, vor allem **der ersten Generation**, haben in der BRD neben einem enormen Erfolgsdruck meistens schlechte Startchancen, die sich aus ihrer passiven Rolle bei der Entscheidung zur Emigration ergeben; diese wurde vom Vater, vom Mann oder unter dem Diktat finanzieller Not getroffen und nur in seltenen Fällen von den Frauen selbstständig und frei von Druck.

Hinzu kommen bei Migrantinnen der ersten Generation eine im allgemeinen sehr schlechte schulische und berufliche Bildung, die das Erlernen von weiteren Kulturtechniken - wie z. B. die deutsche Sprache - sowie die berufliche und gesellschaftliche Integration erschweren. Hohe Anforderungen einerseits, schlechte Ausgangslage andererseits stellen die Kompetenz dieser Migrantinnen in Deutschland in Frage; noch nach jahrzehntelanger Migration erleben sie Marginalisierung in dem Land, in dem sie ihren Lebensmittelpunkt haben.

Diese Frauen waren und sind durch die Macht- und Wirtschaftsverhältnisse in ihrer Selbstbestimmung beschnitten; gesellschaftliche und familiäre Tabus verbieten ihnen, sich darüber kritisch zu äußern oder sich offen dagegen aufzulehnen. Viele von ihnen erlauben sich nicht, diese Mißstände bewußt wahrzunehmen.

Viele „schwarze Frauen“ haben kein eigenständiges Aufenthaltsrecht; ihr Aufenthaltsrecht ist von dem ihrer Ehemänner abgeleitet, so daß sie auch im Fall einer schwierigen Ehe von ihm abhängig sind, außer sie haben als gut verdienende Arbeitnehmerinnen einen selbständigen Aufenthaltstitel beantragt (!) und erworben. Unter diesen und anderen Bestimmungen des Ausländergesetzes leiden auch viele der jüngeren Frauen, obgleich ihre schulische und berufliche Ausbildung und ihre wesentlich besseren Sprachkenntnisse eine gute Basis für ihre Integration in Deutschland darstellen. Trotz ihrer besseren Ausgangslage sind auch sie von politischer und gesellschaftlicher Diskriminierung betroffen.

Die meist beengten Wohnverhältnisse in Wohnungen mit schlechter Bausubstanz, oft dem Lärm von Hauptstraßen ausgesetzt und in Wohngebieten mit mangelhafter Infrastruktur und nicht ausreichenden Freizeiträumen angesiedelt, sowie die meist schlechten Arbeitsbedingungen in niedrig bezahlten Tätigkeiten führen zu frühzeitigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Die zeitliche Beanspruchung und die materielle Unterversorgung ermöglichen diesen Frauen keine Entlastung und keine Pause, um sich rechtzeitig von ihrer Erschöpfung zu erholen. In den meisten Fällen kommen sie viel zu spät in Beratung und Behandlung; nämlich wenn diese wegen der Zuspitzung der Probleme unumgänglich geworden sind.

Vor allem **Migrantinnen** aus **der zweiten Generation** weisen oft mehrere Brüche in ihrer persönlichen und schulischen Biographie auf, da sie wegen der vollen Berufstätigkeit ihrer beiden Eltern - bei gleichzeitigem Fehlen sonstiger Unterstützung - zum Teil bei Verwandten im Herkunftsland aufwuchsen, um später von ihren Eltern nach Deutschland geholt zu werden. Bei größeren schulischen oder sonstigen Schwierigkeiten wurden manche von ihnen wieder zurückgeschickt. Aus diesen wiederholten familiären Trennungen und Brüchen ergeben sich in vielen Fällen langandauernde Depressionen und Bindungsunfähigkeit. Die unaufgearbeitete Trauer um die Verlust- und Entwurzelungserfahrungen blockiert den freien Fluß der Lebensenergie und die Fähigkeit, Vertrauen zu fassen.

Manche von ihnen reproduzieren mit den eigenen Kindern das Verhalten ihrer Eltern, vor allem das „Trennungsmuster“. Somit werden einige typische Migrationsprobleme an die **dritte Generation** „vererbt“.

Viele jüngere Migrantinnen zerbrechen an dem schwierigen Balanceakt, den die Koexistenz von traditionellen und kulturspezifischen Ideologien und Lebensweisen einerseits und Emanzipation und neue Lebensmuster (z. B. bei Berufstätigkeit und Einkommen der Frau) andererseits notwendig machen. Dazu gehören auch die familiären Konflikte, die zum Teil mit den verschiedenen Rollenwahrnehmungen der Geschlechter und der Generationen zusammenhängen. Diese ergeben sich aus der persönlichen Entwicklung und aus der unterschiedlichen Bereitschaft, Fähigkeit und Geschwindigkeit, sich der deutschen Gesellschaft zu öffnen und einige ihrer Werte in das eigene Leben zu integrieren. Im extremen Fall

stehen sich Anpassung und ausschließliche Orientierung nach dem Herkunftsland gegenüber, wobei letztere nach meiner Beobachtung eher von der ersten Generation und von den Männern in der Familie vertreten wird. Meines Erachtens reproduziert dieses Muster des „Entweder-Oder“ in Migrantenfamilien die gespaltene Haltung eines Teils der deutschen Gesellschaft Fremden gegenüber: Wer fremd ist, soll sich entweder assimilieren oder zurückkehren.

In Anbetracht der vielfältigen Belastungs- und Streßfaktoren, denen Migrantinnen in Deutschland ausgesetzt sind, erweisen sich früher erworbene Kompetenzen und Problemlösungsmuster oft als wenig hilfreich. Die im Herkunftsland vor der Emigration vorhandenen sozialen Netze existieren nicht mehr oder sind wegen der migrationsbedingten Veränderungen im Leben der Migrantinnen nicht mehr vom Nutzen. Wenn die Kluft zwischen Erwartungen und Hoffnungen an das eigene Leben in der Migration einerseits, eigenen Möglichkeiten zum Erreichen der gesteckten Ziele und Streßbewältigungsmechanismen andererseits größer wird, sind Krisen vorprogrammiert.

Sehr oft äußern sich die Krisen bei Migrantinnen mit psychosomatischen Beschwerden, Angst- und Depressions symptomatik - nach Meinung des italienischen Psychiaters und Psychoanalytikers G. Jerwis die typischen Krankheitsbilder der Machtlosen, die ihre Wut lediglich gegen sich selbst richten dürfen.

Frauen, die hier **im Exil** leben, weisen zum Teil ähnliche Problemlagen auf wie Migrantinnen. Sie gehörten aber zum Teil einer höheren, gebildeten sozialen Schicht in ihrem Herkunftsland an, aus dem sie vor Krieg und politischer Verfolgung fliehen mußten. Hier in der BRD wird ihnen ihr früherer sozialer Status durch die gesellschaftspolitischen Diskriminierungen und durch die Einengungen, die mit ihrer Identität als Flüchtlinge zusammenhängen, strittig gemacht. Frauen im Exil erleben dadurch viel Abwehr und Abwertung und sehen ihre frühere Identität in Frage gestellt. Vielfach erfüllt das Exilland ihre Hoffnungen auf ein besseres Leben nicht - auch ihre Hoffnung auf eine sichere Bleibe nicht, solange sie nicht als Flüchtlinge anerkannt sind. Die existentiell sehr unsichere Lage erschwert ihre Lebensplanung. Enttäuschung, Trauer, außerdem Schuldgefühle gegenüber Verwandten, Freunden und Mitkämpfern, die anders als sie nicht flüchten wollten oder konnten und dafür einen denkbar hohen Preis bezahlen, plagen diese Frauen.

Flüchtlingsfrauen haben Verfolgung, Folter und andere Formen der Gewalt erlebt, die auf ihre psychische Zerstörung zielten. Unaufgearbeitete Foltertraumata führen zu jahrelangen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen: Depression, Erinnerungsstörungen, psychosomatische Krankheiten, Angstzustände, Psychosen, manifeste oder latente Suizidalität. Flüchtlingsfrauen haben als Folge des erlittenen Traumas Schwierigkeiten, Hilfe in Anspruch zu nehmen und über ihre traumatischen Erfahrungen zu sprechen. Daß sie nicht darüber sprechen können, wird bei den Anhörungen im Asylverfahren gegen sie verwendet. Abspaltung und Verdrängung der traumatischen Erfahrungen sind aber in der psychologischen

und psychiatrischen Literatur sowie in den Studien über Holocaust-Überlebende als Überlebensstrategien zur Aufrechterhaltung einer gewissen psychischen Stabilität bekannt (ICD 10, Posttraumatische Belastungsstörung). Bei erlittener sexueller Gewalt kommen Scham- und Schuldgefühle hinzu, die es den Frauen verbieten, über das Erlebte zu sprechen. Eine adäquate psychosoziale Versorgung und Beratung muß den Frauen helfen, andere Ausdrucksformen für ihre Erfahrungen zu finden als die der Krankheit.

Für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer gibt es in Deutschland viel zu wenige spezialisierte psychosoziale Zentren und noch viel zu wenig Kooperation zwischen den verschiedenen Professionen, die mit ihnen in den verschiedenen Bereichen arbeiten. Eine Folge davon ist häufig die erneute Traumatisierung der Flüchtlingsfrauen (z. B. bei der ersten Anhörung).

Leitlinien für eine Öffnung der Regeldienste für „schwarze Frauen“

Der Ausbau von spezialisierten psychosozialen Diensten für Flüchtlinge und Folteropfer sowie der Ausbau und die interkulturelle Öffnung sonstiger psychosozialer Regeldienste sind wichtig für die Einlösung des Anspruchs „schwarzer Frauen“ auf eine adäquate medizinische, psychologische und soziale Versorgung. Die Erweiterung und Öffnung dieser Dienste sind unter anderem dringend notwendig, um der Verschlimmerung und Chronifizierung der Beschwerden sowie teuren stationären Behandlungen vorzubeugen. Wenn seelische oder psychosomatische Beschwerden und deren Ursachen unerkant bzw. unverstanden bleiben, sind langwierige falsche Behandlung, Pathologisierung und Psychiatrisierung speziell für ausländische Ratsuchende vielfach die Folge.

Ich plädiere für die Integration der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung für „schwarze Frauen“ in deutsche Regeldienste wie z. B.: Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche, Beratungsstellen für Ehe-, Familien- und Lebensfragen, ambulante sozialpsychiatrische Dienste, ärztliche und psychotherapeutische Praxen, Schulpsychologische Dienste, Allgemeine Soziale Dienste, psychiatrische und sonstige Kliniken, Suchtberatungsstellen und andere mehr. Öffnung der Regeldienste und Integration also, statt Delegation an „Sonder“-Dienste wie die sozialen Dienste für Migranten. Das heißt, die deutsche „Normalität“ muß sich mit dem Phänomen des Fremden konfrontieren und sich ihm öffnen, statt es abzuspalten und abzuschieben.

Die Öffnung der Regeldienste für Frauen mit Flucht- und Migrationserfahrungen erfordert Mitarbeiterinnen mit interkultureller Kompetenz. Dazu reicht es nicht aus, über theoretische und angelernte Kenntnisse zu den Themen Migration und Flucht zu verfügen. Die spezielle Sensibilität und Offenheit und die Fähigkeiten, die eine interkulturelle Kompetenz ausmachen, können nicht alleine kognitiv erworben bzw. vermittelt werden. Sie sind vielmehr Produkt der eigenen Migrationserfahrung und deren kontinuierlicher Reflexion. Sehr relevant sind dabei der eigene Minderheitenstatus und die daraus resultierende

verminderte Teilhabe an Bürgerrechten und Macht. Die regelmäßige und gleichberechtigte Mitarbeit von Fachpersonal unterschiedlicher kultureller Herkunft ist Voraussetzung für die Sensibilisierung und Kompetenzerweiterung von einheimischem Fachpersonal in Fragen der interkulturellen Beratung.

Um die Integration der psychosozialen Beratung von Migrantinnen in deutschen Regeldiensten zu realisieren, müssen ausländische Fachkräfte dort vermehrt und gleichberechtigt integriert werden. Sie sollen als Teil des Teams ihre besondere Kompetenz im interkulturellen Bereich anwenden und ihre bikulturelle Identität behalten können. Zur Gleichberechtigung gehören unter anderem auch die finanzielle Anerkennung ihrer Professionalität, die Sicherheit ihrer Anstellung und das Streben nach partnerschaftlichem Umgang und Gegenseitigkeit - ohne kulturelle Dominanzansprüche und Homogenisierungsdruck - in der Beziehung ausländischer Fachkräfte mit KollegInnen, Vorgesetzten und Institutionen. Einseitige, wenn auch wohlgemeinte Versuche, „das Fremde“ zu verstehen und dabei sich selbst außer acht zu lassen, sind nach meiner Erfahrung zum Scheitern verurteilt.

Eine adäquate psychosoziale Beratung von Frauen „anderer“ Herkunft muß den Besonderheiten ihrer Problemlage Rechnung tragen, unter anderem indem sie diese Frauen durch Aufzeigen der gesellschaftlichen Zusammenhänge entlastet, vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen verstärkt und bei den Frauen einen Prozeß des Empowerments in Gang setzt. Eine Sichtweise, die ausländische Ratsuchende nur als hilflose Opfer definiert und ihnen mit Mitleid begegnet, ist nur vordergründig freundlich. Sie entwürdigt und schwächt sie vielmehr auf subtile Art und Weise. Wir brauchen in der psychosozialen Beratung eine Ressourcen- statt einer Defizitorientierung. Empowerment der Ratsuchenden soll m. E. zum Anzeiger eines menschenwürdigen, d. h. ethisch begründeten Arbeitens werden.

Ressourcenorientiertes Arbeiten darf jedoch nicht verwechselt werden mit einer „zensierenden“ Arbeitsweise, die (fast) nur noch Raum für Ressourcen und „Positives“ zuläßt, während sie alles andere ausblendet - gegebenenfalls nach einer schnellen Etikettierung zur eigenen, entlastenden Orientierung durch den Berater. Damit wird der Ratsuchenden signalisiert, in der Beratung/Therapie seien weder Zeit noch Raum für ihre mitunter traumatischen Erfahrungen, für ihr überlebenswichtiges, gelerntes Mißtrauen, für ihre Schwierigkeit, sich mitzuteilen, für ihren Schmerz und die zeitweilige Amnesie und „Lähmung“, die daraus resultieren.

Gerade in der Beratungs- und Therapiearbeit mit „schwarzen Frauen“ sind jedoch Zeit sowie Empathie, die Fähigkeit des Mitfühlens, und die Fähigkeit, den langandauernden Schmerz anderer auszuhalten, von besonderer Bedeutung. Denn nur so können sie ihre Würde wiedererlangen, ihrer Wahrnehmung wieder trauen und erfahren, daß sie als Person anerkannt werden und so existieren dürfen, wie sie sind. Erst dadurch gelingt einigen von ihnen, die traumatischen Erfahrungen aus der Vergangenheit in ihre zerstörte, gespaltene Identität zu integrieren und zu neuer Lebenskraft zu finden.

Auch wenn es nicht um schwer traumatisierte Ratsuchende geht, fordert die Beratung/Therapie „schwarzer Frauen“ vom Personal wesentlich mehr als die Einheimischer: Transparenz des eigenen Tuns für die Ratsuchende; ständige Überprüfung der Kommunikation; große Flexibilität im Wechsel von Perspektiven und Wahrheitskonstrukten; eine der Ratsuchenden gegenüber neugierige, d. h. offene und möglichst vorurteilsfreie Haltung; Sensibilität, Einfühlungsvermögen und eine respektvolle, tolerante Haltung gegenüber der Andersartigkeit. Es fordert zudem: Parteilichkeit, im Sinne einer Teilidentifikation; ein Bewußtsein über die eigene kulturelle Prägung; selbstkritische Reflexion; die Fähigkeit zur Relativierung des eigenen Standpunktes; das Bewußtsein über und eine klare Position zur Verteilung von Macht in Familie und Gesellschaft, da diese Frage die psychosoziale Gesundheit der „schwarzen Frauen“ sehr beeinflusst. Die Kenntnis von sprachlichen, kulturellen und biographischen Hintergründen der Ratsuchenden reicht in der interkulturellen Beratung alleine nicht aus. Der ignorante Ego- und Ethnozentrismus muß der kontinuierlichen Suche einer Balance zwischen Universalismus und Kulturrelativismus weichen.

In diesem Prozeß der Suche muß die Position der Ratsuchenden und sonstiger Minderheitenangehöriger ihren gleichberechtigten Platz haben, ihre Meinung verbindlich berücksichtigt werden.

Wir brauchen in der psychosozialen Versorgung eine Erweiterung des Blickes von den individuellen Problemen auf die gesellschaftlichen Problemlagen und vom Individuum auf sein Umfeld (Lern-, Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen, Beziehungsgeflecht, gesellschaftspolitisches Klima, Rechtslage, Umweltfaktoren usw.). Die Biographie oder die gegenwärtigen Beschwerden der Ratsuchenden alleine können dem/der BeraterIn keine adäquaten Wege zum Verstehen und zur Lösung der Probleme erschließen. Der/die BeraterIn muß vielmehr sein/ihr Wissen in größere Zusammenhänge setzen.

Die enge Verflechtung zwischen dem persönlichen und dem gesellschaftspolitischen Bereich verlangt eine komplexe, ganzheitliche Sichtweise und die Berücksichtigung sämtlicher Faktoren aus beiden Bereichen auch in der psychosozialen Versorgung. Um dies zu gewährleisten, müssen vor allem die Kooperation und Vernetzung verschiedener Institutionen und Basis-Initiativen endlich institutionalisiert werden. Darüber hinaus müssen vorhandene institutionelle Rahmenbedingungen in den Diensten und Einrichtungen mit dem Ziel einer Bedarfs- und Zielgruppenorientierung geändert werden. Inhaltliche Differenzierung der Angebote innerhalb des gleichen Beratungszentrums und strukturelle Flexibilisierung sämtlicher Angebote sind dabei nur zwei unter den denkbaren Stichworten. Aber die Veränderung des Blickwinkels und der strukturellen Rahmenbedingungen reichen alleine nicht aus. Wenn wir eine menschengerechte psychosoziale und gesundheitliche Versorgung für „schwarze Frauen“ erreichen wollen, müssen wir uns darüber hinaus mit

den ethischen Prinzipien, die unser Fühlen, Denken und Handeln beeinflussen, sowie mit unserer Haltung Fremden gegenüber kritisch auseinandersetzen, denn: „Nur wer Ehrfurcht vor dem geistigen Wesen anderer hat, kann anderen wirklich etwas sein“.

Literatur

- Attia, I., Basqué, M., Kornfeld, K., Magiriba Lwange, G., Rommelspacher, B., Teimoori, P., Vogelmann, S. & Wachendorfer, K. (1995). Multikulturelle Gesellschaft - Monokulturelle Psychologie? Antisemitismus und Rassismus in der psychosozialen Arbeit. Tübingen: DGTV.
- Friese, P. (1991). Psychologische Streßtheorie und Migration. Informationsdienst zur Ausländerarbeit (1), Frankfurt a.M.: ISS Eigenverlag, pp. 64-66.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1990). Psychoanalyse der Migration und des Exils. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hinz-Rommel, W. (1994). Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Münster/New York: Waxmann.
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, ISS e.V. [Hrsg.] (1989). Themenheft „Migrantinnen - Kultur im Wandel“. Informationsdienst zur Ausländerarbeit (4). Frankfurt a.M.: ISS Eigenverlag.
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, ISS e.V. [Hrsg.] (1992). Themenheft „Begegnung mit dem Fremden“. Informationsdienst zur Ausländerarbeit (3-4). Frankfurt a.M.: ISS Eigenverlag.
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, ISS e.V. [Hrsg.] (1993). Themenheft „Migrantinnen“. Informationsdienst zur Ausländerarbeit (1-2). Frankfurt a.M.: ISS Eigenverlag.
- Interkulturelles Büro zur Gleichstellung von Ausländern und Deutschen [Hrsg.] (1996). Interkulturelle Kompetenz in der sozialen Arbeit. Tagungsdokumentation. Mainz: Stadt Mainz Eigenverlag.
- Lajios, K. [Hrsg.] (1993). Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik. Integrationsprobleme und seelische Folgen. Opladen: Leske + Budrich.
- Miteinander Lernen/Birlikte Ögrenelim [Hrsg.] (1995). Vom Türkinnenprojekt zum bikulturellen Frauenteam. Frauen im Fremdland. Bildungsarbeit, Beratung und Psychotherapie mit Migrantinnen. Wien: Promedia.
- Steinmann, I. & Wagner, R. (1986). Psychosomatische Probleme türkischer Arbeitnehmer und ihrer Familien. Gießen: Zentrum für psychosomatische Medizin der Justus-Liebig Universität Eigenverlag.
- Veneto Scheib, V. (1995). Frauen und Emigration. Psychosoziale Aspekte und Perspektiven. Zeitschrift für Caritasarbeit und Caritaswissenschaft 96 (5), pp. 180-182.
- Veneto Scheib, V. (1996). Psychologische Beratung von Migrantenfamilien. IZA Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (1), pp. 19-23.

Valentina Veneto Scheib