

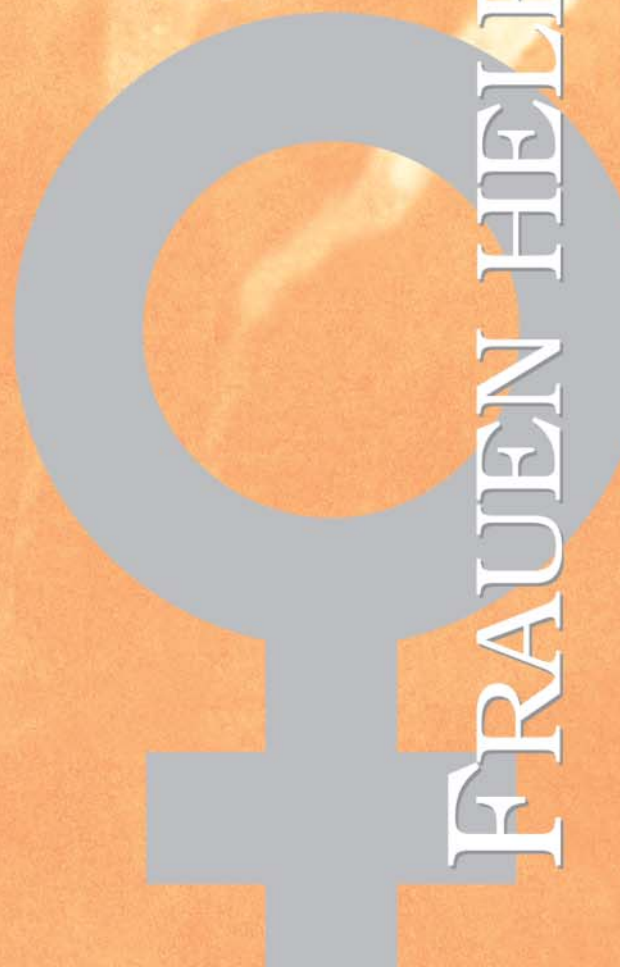
Frauenberatungsstelle

Brühler Straße 59
42657 Solingen

Tel. 0212 / 5 54 70
Fax 0212 / 58 62 91

www.frauenberatung-solingen.de
frauenberatung-solingen@fhfsg.de

FRAUEN HELFFEN FRAUEN E.V.



Inhalt

1. Grußwort des Vorstands 2010	5
2. Danksagungen	7
3. Zur psychosozialen Lage in Deutschland	8
4. Aufgabenspektrum	13
5. Die Beratungsarbeit in Zahlen	14
6. Gruppen- und Veranstaltungsprogramm 2010	22
6.1 Gruppen	22
6.2 Veranstaltungen	22
6.3 Weitere Maßnahmen, an denen wir beteiligt waren	23
7. Zum psychotherapeutischen Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten	24
8. Das Team der Frauenberatungsstelle	31

1. Grußwort des Vorstands 2010

Liebe Mitglieder, liebe LeserInnen;

Seit etwa **100 Jahren gibt es den Internationalen Frauentag.**

Es hat sich Vieles geändert:

- Heute dürfen Frauen **wählen und gewählt werden.**
- Frau Dr. Angela Merkel ist unsere Bundeskanzlerin, Frau Hannelore Kraft ist Ministerpräsidentin in NRW und unser Mitglied Sylvia Löhrmann ist stellvertretende Ministerpräsidentin und Ministerin für Schule und Weiterbildung. Frauen sind längst in allen Parlamenten vertreten; wir haben in Solingen zwei Bürgermeisterinnen: Frau Rita Picardt und Frau Friederike Sinowenka.
- **Heute studieren Frauen und haben deutlich bessere Bildungschancen** als vor 100 Jahren. Frauen machen Abitur und schließen Studiengänge ab, beides oftmals mit besseren Ergebnissen als Männer.
- Trotzdem sitzen **Frauen seltener in oberen Chefetagen oder gar in Vorständen und Aufsichtsräten**, - da bleibt Mann (derzeit noch) lieber unter sich.
- **Frauen verdienen immer noch weniger als Männer.**
- **Frauen tragen bei Berufstätigkeit zusätzlich im Haushalt** meist die größere Belastung. Diese **Doppelbelastung** wird mit der Kindererziehung noch größer und führt häufig zu Überforderungssituationen, die u.a. zu Depression oder Burnout führen können.
- Frauen sind immer noch **häufiger von Gewalt betroffen.**
- Frauen, insbesondere Alleinerziehende, sind **häufiger auf Hartz IV-Leistungen**, also auf **Sozialleistungen** angewiesen.

Gerade aus diesen Gründen arbeitet die **Frauenberatungsstelle Solingen seit mehr als 27 Jahren** gegen diese **Benachteiligungen**.

Die Probleme der Rat suchenden Frauen sind nicht weniger, sondern **vielschichtiger** und aufgrund gesellschaftlich veränderter Rahmenbedingungen **komplexer** geworden.

Diese **Herausforderung** nehmen wir an und möchten Sie über die Tätigkeit der Frauenberatungsstelle im Jahr 2010 informieren.

Wir laden Sie herzlich ein, sich mit einzumischen und die Aufgaben im Verein Frauen helfen Frauen e.V. mit zu gestalten.

Gerne können Sie **Kontakt** mit uns aufnehmen.

Julia Rasemann, Vorstandsmitglied

SPENDENÜBERGABE

12 500 Euro von Gongoll

In der Adventszeit hat der Freizeit-Fachmarkt Gongoll in Ohligs eine Spendenaktion ins Leben gerufen: Vereine und Institutionen konnten sich für Spenden des Fachmarktes bewerben. Interessierte konnten dann auf der Gongoll-Internetseite darüber abstimmen, wer wie viel Geld erhalten soll. Insgesamt haben sich 70 Vereine, Kindergärten und Schulen an dem Projekt beteiligt. Nun steht das Ergebnis der Spenden-Aktion fest. Die stolze Summe von 12 500 Euro wird wie folgt aufgeteilt: Der Verein Frauen helfen Frauen

e. V. erhält 2500 Euro, die Pflege- und Adoptivelterninitiative Solingen e. V. bekommt 1500 Euro, 1000 Euro gehen an den STC Blau-Weiß Solingen e. V., 500 Euro wurden an den Haaner Turnverein 1863 e. V. übergeben. 300 Euro erhält die Wilhelm-Hartschen-Schule, 200 Euro der Schulverein Wilhelm-Hüls-Schule. Alle übrigen Teilnehmer der Abstimmung bekommen einen Gongoll-Warengutschein über je 100 Euro. Jetzt wurden die Spenden mit symbolischen Schecks an die Gewinner übergeben (Foto: dt). mw



Solinger Tageblatt, 24.12.2010

FÜReinander
Chancen in Solingen e.V.



Gleichstellungsstelle
der Stadt Solingen



Stadt-Sparkasse
Solingen

bergische

vhs

solingen
wuppertal



GONGOLL
Freizeit-Fachmärkte



lassen Sie sich verblüffen!

gefördert vom: **Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



2. Danksagungen

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich für die zahlreiche und vielfältige Unterstützung im Jahr 2010 bedanken.

Unser besonderer Dank gilt

- dem Füreinander e.V.
- dem Hexenkessel e.V.
- der Stadtparkasse Solingen
- der Jugendgerichtshilfe Solingen
- der Gleichstellungsstelle Solingen
- dem Zuwanderungsausschuss der Stadt Solingen
- den Amtsgerichten Solingen, Velbert und Mettmann
- der Staatsanwaltschaft Wuppertal
- der Gongoll GmbH
- der Bergischen VHS
- der Nordic Walking Schule Pöllmann
- Gabi Richartz, Benefizveranstaltung mit ihrem Projekt „Eigensinn“
- und allen, die uns sowohl materiell als auch ideell unterstützt haben, damit wir unsere Arbeit im Sinne unserer Klientel effektiv und nachhaltig durchführen können.

Durch die großzügigen Zuwendungen wurde uns vieles mehr möglich:

- Aufstockung der Beratungsfachdienststunden
- Durchführung von Frauen spezifischen Veranstaltungen
- Einrichtung eines Barriere freien Beratungsraumes
- Ausstattung unserer Beratungsräume
- Anschaffung von Therapiematerial/ Fachliteratur
- Anschaffung eines neuen Personal Computers
- Ausrichtung des Tages der offenen Beratungsstelle
- Gestaltung und Druck des Jahresberichtes 2010

Wir hoffen, dass wir auch in den kommenden Jahren mit Ihrer Unterstützung rechnen dürfen, damit die Frauenberatungsstelle Solingen weiterhin ein wichtiger Bestandteil der örtlichen sozialen Infrastruktur bleiben kann, wie bereits in den vergangenen 26 Jahren.



Solinger Tageblatt, 20.01.2011

3. Zur psychosozialen Lage in Deutschland

Mit einem gemeinsam erstellten Memorandum rufen leitende Ärzte deutscher Psychosomatischer Kliniken zu einem gesellschaftlichen Dialog über die „erschreckende Entwicklung der psychosozialen Belastung“ in Deutschland wie in allen Industrienationen auf. Psychische Störungen und Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Erkrankungen und Suchterkrankungen, nehmen ständig zu.

Die Ursachen liegen zum einen in einer Zunahme der (Leistungs-) Anforderungen an den Einzelnen, zum anderen in einer Abnahme tragfähiger sozialer Beziehungen, z.B. durch berufliche Mobilität und familiäre Zerfallsprozesse.

Die Ärzte um Dr. Joachim Galuska von der Klinik Heiligenfeld in Bad Kissingen schlagen im Memorandum verschiedene konstruktive Ansätze vor, darunter eine neue Gesundheitsbildung, eine stärkere gesellschaftliche Berücksichtigung des Subjektiv-Persönlichen und die Vermittlung grundlegender Kompetenzen zur Lebensführung, besonders zur Bewältigung von Krisen.

Der Aufruf „Zur psychosozialen Lage in Deutschland“ kann im Internet mit einer Unterzeichnung von jeder Einzelperson unterstützt werden.

Mit freundlicher Genehmigung

von Dr. Joachim Galuska, Klinik Heiligenfeld, Initiator des Memorandums

ST MONTAG, 3. JANUAR 2011

Mehr psychische Erkrankungen

FRAUENBERATUNGSSTELLE

Rückblick auf die Arbeit in 2010.

Im letzten Jahr hatte die Frauenberatungsstelle an der Brühler Straße 59 „Hochkonjunktur“: Allein bis November führte das vierköpfige Team zirka 1400 Einzelgespräche durch. „Das ist mehr als wir je hatten“, resümiert Karin Heier. Auch die Anzahl der Klientinnen bis November (376) habe die Zahl derer im kompletten Jahr 2009 schon überstiegen.

„Leider haben psychische Erkrankungen zugenommen“, so Heier. Ganz oft hänge das auch mit einer Krankheit oder mit Arbeitslosigkeit zusammen. „Stark nachgefragt ist auch unsere Gruppe für psychisch kranke Frauen.“ Elf Teilnehmerinnen

hat die Gruppe. Viele sind allein-erziehend oder haben Existenzprobleme, weil sie oftmals von Hartz IV leben oder Unterhaltsansprüche ungeklärt bleiben.

Geringe Wartezeiten von nur etwa 14 Tagen

Der Anlaufpunkt am Rande der Innenstadt ist aber noch viel mehr. „Wir bieten ein niederschwelliges Angebot an und sind vorrangig eine Kriseninterventionsstelle“, erklärt Heier. Falls nötig, überweise man an einen Psychotherapeuten. „Viele Frauen werden aber auch von ihrem Arzt zum Psychotherapeuten geschickt. Da wir geringe War-


tezeiten von nur etwa 14 Tagen haben, können wir solch eine Durststrecke, die oft bis zu einem Jahr dauert, gut überbrücken“, fügt Andrea Reith hinzu. Sie ist seit Mai die neue Mitarbeiterin im Team. Ihr Schwerpunkt: psychosoziale Beratung.

„Herausragend“ sei der Bereich der Gewalt gegen Frauen – häusliche, sexualisierte oder auch ökonomische Gewalt, bei der Frauen gezielt kein Geld erhalten. „Viele kommen mit einer Multi-problematik zu uns – sprich, Frau-

en, die sich zum Beispiel in einer Trennungssituation befinden und gleichzeitig Erziehungsprobleme haben“, sagt Heier. Nicht selten entwickelten Betroffene „Störungsbilder“ wie Depressionen. Diese sowie das „Burnout“-Syndrom seien oft Thema in der täglichen Arbeit des vierköpfigen Teams. „Oft kommt Burnout bei Frauen aus der Mittelschicht vor, die Kinder und Beruf unter einen Hut kriegen wollen“, erzählt Heier aus ihrer Erfahrung. „Aber Männer leiden prozentual genauso daran.“ Tendenz steigend. „Männer greifen dabei öfter zum Alkohol als Frauen und gehen seltener zum Arzt.“

Neu: Ab dem 13. Januar kann man neben dem Dienstagnachmittag (13.30 bis 15 Uhr) auch donnerstags von 10.30 bis 12 Uhr zur Erstberatung kommen. mw

Andrea Reith.
Foto: cb

 Kontakt: ☎ 5 54 70.



Wir sind Fachleute, die Verantwortung für die Behandlung seelischer Erkrankungen und den Umgang mit psychosozialen Leid in unserer Gesellschaft tragen.

Wir möchten unsere **tiefe Erschütterung über die psychosoziale Lage unserer Gesellschaft** zum Ausdruck bringen.

In unseren Tätigkeitsfeldern erfahren wir die persönlichen Schicksale der Menschen, die hinter den Statistiken stehen.

Seelische Erkrankungen und psychosoziale Probleme sind häufig und nehmen in allen Industrienationen ständig zu.

Circa 30 % der Bevölkerung leiden innerhalb eines Jahres an einer diagnostizierbaren psychischen Störung. Am häufigsten sind **Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Erkrankungen und Suchterkrankungen**.

Der **Anteil psychischer Erkrankungen an der Arbeitsunfähigkeit** nimmt seit 1980 kontinuierlich zu und beträgt inzwischen 15 – 20 %.

Der Anteil psychischer Erkrankungen an **vorzeitigen Berentungen** nimmt kontinuierlich zu. Sie sind inzwischen die häufigste Ursache für eine **vorzeitige Berentung**.

Psychische Erkrankungen und **Verhaltensprobleme bei Kindern** und Jugendlichen nehmen kontinuierlich zu.

Psychische Störungen bei älteren Menschen sind häufig und nehmen ständig zu.

Nur die Hälfte der psychischen Erkrankungen wird richtig erkannt, der Spontanverlauf ohne Behandlung ist jedoch ungünstig: Knapp 1/3 verschlechtert sich und knapp die Hälfte zeigt keine Veränderung, chronifiziert also ohne Behandlung.

In allen Altersgruppen, bei beiden Geschlechtern, in allen Schichten und in allen Nationen zunehmenden Wohlstands **nehmen seelische Erkrankungen zu** und besitzen ein besorgniserregendes Ausmaß.

Die **gesellschaftlichen Kosten der Gesundheitsschäden** durch Produktivitätsausfälle, medizinische und therapeutische Behandlungen, Krankengeld und Rentenzahlungen **sind enorm**. Eine angemessene medizinische und therapeutische Versorgung ist weltweit nicht möglich. Trotz der kontinuierlichen Zunahme an psychosozialen medizinischen Versorgungsangeboten ist die Versorgung auch in Deutschland angesichts der Dynamik und des Ausmaßes der seelischen Erkrankungen nur in Ansätzen möglich.

Die Ursache dieser Problemlage besteht nach unseren Beobachtungen in zwei gesellschaftlichen Entwicklungen:

1. **Die psychosoziale Belastung** des Einzelnen durch individuellen und gesellschaftlichen Stress, wie z. B. Leistungsanforderungen, Informationsüberflutung, seelische Verletzungen, berufliche und persönliche Überforderungen, Konsumverführungen, usw. **nimmt stetig zu**.
2. Durch **familiäre Zerfallsprozesse**, berufliche Mobilität, virtuelle Beziehungen, häufige Trennungen und Scheidungen kommt es zu einer **Reduzierung tragfähiger sozialer Beziehungen** und dies sowohl qualitativer als auch quantitativer Art.

Die Kompetenzen zur eigenen Lebensgestaltung, zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen und zur Herstellung erfüllender und tragfähiger Beziehungen sind den Anforderungen und Herausforderungen dieser gesellschaftlichen Entwicklungen bei vielen Menschen nicht gewachsen.

Angesichts der **vorherrschenden gesellschaftlichen Orientierung an materiellen** und äußeren Werten werden die Bedeutung des Subjektiven, der inneren Werte und der Sinnverbundenheit dramatisch unterschätzt.

Wir benötigen einen gesellschaftlichen Dialog über die Bedeutung des Subjektiven, des Seelischen, des Geistig-spirituellen, des sozialen Miteinanders und unseres Umgangs mit Problemen und Störungen in diesem Feld.

Wir benötigen einen **neuen Ansatz zur Prävention**, der sich auf die grundlegenden Kompetenzen zur Lebensführung, zur Bewältigung von Veränderungen und Krisen und zur Entwicklung von tragfähigen und erfüllenden Beziehungen konzentriert.

Wir benötigen eine Gesundheitsbildung, Erlernen von Selbstführung und die **Erfahrung von Gemeinschaft schon im Kindergarten** und in der Schule, z. B. in Form eines Schulfaches „Gesundheit“.

Wir benötigen eine **ganzheitliche**, im echten Sinne **psychosomatische Medizin**, die die gegenwärtige Technologisierung und Ökonomisierung der Medizin durch eine Subjektorientierung und eine Beziehungsdimension ergänzt.

Wir benötigen eine Wirtschaftswelt, in der die **Profit- und Leistungsorientierung ergänzt wird** durch eine Sinn- und Lebensorientierung für die Tätigen.

Wir benötigen einen integrierenden, sinnstiftenden und soziale Bezüge erhaltenden Umgang mit dem Alter.

Wir benötigen eine das Subjektive und Persönliche respektierende, Grenzen **achtende und Menschen wertschätzende Medienwelt**.

Wir benötigen ein politisches Handeln, das bei seinen Entscheidungen die Auswirkungen auf das subjektive Erleben und die psychosozialen Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen reflektiert und berücksichtigt.

Wir benötigen mehr Herz für die Menschen.

18 Solingen

ST DONNERSTAG, 6. JANUAR 2011

Engpass bei Behandlung für seelisch Kranke

PSYCHOTHERAPIE

Wartezeiten von einem halben Jahr und mehr sind keine Seltenheit.

Erwin Müller (Name geändert) ist verzweifelt: Gestern musste er seine Frau wieder in eine Klinik bringen. Diagnose: schwere Depression. „Das hatte uns die Ärztin im Tannenhof Ende März prophezeit“, erinnert er sich. „Sie hatte meiner Frau dringend angeraten, begleitend zu einer medikamentösen Behandlung auch eine Psychotherapie zu machen, sonst müsste sie mit weiteren Klinikaufenthalten rechnen.“

Frauenberatungsstelle bietet Gespräche zur Überbrückung an

Seine Frau habe versucht, einen freien Platz zu bekommen. Doch überall wurde signalisiert, dass sie mit Wartezeiten bis zu einem halben Jahr rechnen muss. Schließlich sei sie bei einer Psychotherapeutin auf die Warteliste gesetzt worden, doch da sei in der Zeit



Immer mehr Menschen leiden an seelischen Erkrankungen.

kein Platz frei geworden. Die- richte). „Psychische Erkran- kungen nehmen seit Jahren zu“, betont Sozialtherapeutin Karin Heier. „Und so bieten wir psy-

chisch kranken Frauen auch an, die Wartezeiten bis zur Psycho- therapie durch Gespräche bei uns zu überbrücken.“ Es gebe auch

eine Gruppe für seelisch kranke Frauen mit derzeit elf Teilnehme- rinnen. Die Kassenärztliche Vereini-

Foto: Christian Beier

gung in Solingen verweist darauf, dass das Problem nicht nur Solin- gen betrifft. Bundesweit habe sich die Zahl der seelischen Erkran- kungen, besonders bezüglich Dep- ressionen und Burnout, ver- mehrt. Die vorhandenen Kapazi- täten seien begrenzt. Der Di- plom-Psychologe Hans-Gerd Wolbeck, der als psychologischer Psychotherapeut arbeitet, kom- mentiert: „Wenn bei mir Men- schen anrufen und dringend ei- nen Platz suchen und ich habe keine Kapazitäten frei, dann empfehle ich ihnen, die Liste aller Praxen abzutelefonieren und da- rauf zu achten, dass sie möglichst aktuell ist.“

In Solingen praktizieren der- zeit 36 psychologische Psycho- therapeuten, 6 ärztliche Psycho- therapeuten sowie 12 Kinder- und Jugendlichen-Psychothera- peuten. Die Daten seien aber von einer Liste mit Stand Oktober 2009. Erwin Müller regt sich nicht nur darüber auf, dass seine Frau keinen Therapeuten gefun- den hat, sondern auch darüber, dass das unnötig die Kosten nach oben treibt. » Guten Morgen Kc

12.10.2010 - www.solinger-tageblatt.de

Frauen helfen Frauen: Neue Kurse

FRAUEN HELFEN FRAUEN Beratungsstelle des Vereins: neue Kurse.

„Unser Programm ist Ausdruck dessen, womit Mädchen und Frauen sich an uns wenden“, sagt Anne Grefer. Die Psychotherapeutin bietet aufbauend auf entsprechend gewählten

„Wichtig ist, dass wir kurzfristig und niederschwellig erreichbar sind“, erklärt Grefer: „Wir garantieren, innerhalb von spätestens 14 Tagen ein Erstgespräch zu bekommen.“ Die Krisenintervention beinhalte, Krisensituationen aufzufangen und zu bearbeiten. „Bis die Frauen einen festen Platz bei einem Psychologen haben, werden sie von uns stabilisiert“, erläutert Anne Grefer - denn mittlerweile würden Ärzte Betroffene in akuter Not an die Beratungsstelle an der Brühler Straße vermitteln.

Dass Stabilisierung dabei auch die einfache Wertschätzung der Frauen und ihrer oft verschütteten Ressourcen bedeute, macht die Neue im vierköpfigen Team, Andrea Reith, klar. Meistens habe man, so Grefer, dann eine Kette von Problempunkten, die von rechtlichen Fragen bei Trennung und Scheidung über Gewalt- und Missbrauchserfahrungen bis zur Existenzsicherung für Alleinerziehende reiche.

So werden alle Angebote nach Sachgebieten geordnet, etwa Sozialrechtsberatung von therapeutischer Begleitung inhaltlich getrennt und offene Info-Veranstaltungen neben Gruppen-Kursen angeboten. Erstmals dabei im neuen Herbst-Programm ist der kostenlose Vortragsabend um „Mobbing am Arbeitsplatz“ in der Bergischen Volkshochschule (siehe rechts). Anne Grefer: „Bisher waren knapp 300 Klientinnen 2010 bei uns: Nur 35 von ihnen hatten feste Vollzeitjobs.“ Viele der anderen - oft in prekären Arbeitsverhältnissen tätigen - Frauen hätten Mobbing oder sexuelle Belästigung erfahren. dn

Angebot: <http://fhfsg.de>. Anmeldung oder offene Sprechstunde (di. 13.30-15 Uhr): 5 54 70.

Solinger Tageblatt, 10.09.2010

Kürzungen treffen Frauen hart

FRAUEN HELFEN FRAUEN
Jürgen Hardt, CDU-Bundestagsmitglied, besuchte jetzt die Beratungsstelle.

Beide Frauen sind alleinerziehend und leben von Hartz IV. Die eine ist 45 Jahre alt, sehr engagiert und qualifiziert. Die andere findet mit 56 Jahren keinen neuen Job. Beide suchen händeringend nach Arbeit. Sie leiden unter der bedrückenden Situation der Arbeitslosigkeit - besonders auch wegen ihrer Kinder. Und sie sind froh, in der Frauenberatungsstelle von „Frauen hel-

fen Frauen“ Unterstützung gefunden zu haben. Darüber ist auch eine weitere Hartz-IV-Empfängerin glücklich. Die 57-Jährige sei erst durch die Hilfen wieder auf die Füße gekommen. Sie hatte ihren Job verloren, als sich ihr Partner getrennt hatte und ihr die Stelle im gemeinsam aufgebauten Unternehmen aufkündigte.

Ihre Geschichten erzählten sie Jürgen Hardt, dem CDU-Bundestagsabgeordneten, um deutlich zu machen, dass es schwierig sein kann, aus Hartz IV herauszukommen, und dass sie in der Hartz-IV-Behörde auch nicht unbedingt die Hilfe bekommen, die sie brauchen. Jürgen Hardt wurde eingeladen, um die großen Bedenken gegen geplante Ein-

sparmaßnahmen mit nach Berlin zu nehmen.

„Wir sind bei ständig steigender Nachfrage mit Problemen von Frauen konfrontiert, die von Hartz IV leben müssen“, betont die Sozialpädagogin Karin Heier. „Und wir befürchten, dass die geplanten Sparmaßnahmen weitere negative Folgen für die Frauen mit ihren Kindern haben.“

Pflichtleistungen nur noch nach Ermessen?

Ein Gesetzesentwurf liege vor, in Kraft treten soll das Gesetz bereits am 1. Januar 2011. So sollen Hartz-IV-Empfänger kein Elterngeld bekommen, der Rentenversicherungsbeitrag soll wegfallen, beim Wohngeld soll der

Heizkostenzuschuss gestrichen werden, und noch bestehende Pflichtleistungen, die durch einen Rechtsanspruch abgesichert sind, sollen in Ermessensleistungen umgewandelt werden: Darunter fallen Trainingsmaßnahmen, Potentialanalyse, Aktivierungshilfen, Vorbereitung auf selbstständige Tätigkeit, nachgehende Hilfe zur Stabilisierung eines Beschäftigungsverhältnisses, der nachträgliche Erwerb eines Hauptschulabschlusses sowie die Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben.

Jürgen Hardt hatte sich fürs intensive Gespräch anderthalb Stunden Zeit genommen und will die Inhalte reflektieren. kc

4. Aufgabenspektrum

Seit ihrer Gründung 1984 arbeitet die Frauenberatungsstelle mit dem **Ziel, Frauen und Mädchen psychosoziale Unterstützung** und professionelle Begleitung anzubieten.

Erhöhte gesellschaftliche Anforderungen an Frauen, Krisensituationen, die Tendenz zur Auflösung traditioneller Lebensgemeinschaften, die Notwendigkeit der Neuausrichtung von weiblichen Lebensentwürfen, Diskriminierung von Frauen sowie sexualisierte und häusliche Gewalt **machen diese Aufgabe durch die Bereithaltung weiblicher „Schutzräume“ notwendig.**

Die insgesamt verbesserte rechtliche Situation unter „Genderaspekten“, die zunehmende Sensibilisierung für geschlechtsspezifische Aspekte in allen Lebensbereichen haben nichts daran geändert, dass unsere Öffentlichkeitsarbeit, das Aufzeigen von Benachteiligung und Ausgrenzung sowie die **Einmischung im öffentlichen Diskurs unentbehrlich bleibt.**

Die Frauenberatungsstelle wird in den letzten Jahren **zunehmend von Frauen und Mädchen in Lebenskrisen aufgesucht.** Dabei handelt es sich um krisenhafte Problemlagen, die z.B. durch Trennung/Scheidung bzw. Partnerschaftskonflikte, physische, psychische und sexuelle Gewalt ausgelöst wurden.

Darüber hinaus **suchen Frauen unterstützende Beratung** in existenziellen Notlagen wie Arbeitslosigkeit und infolge von Trennungssituationen.

Zur Bewältigung dieser Krisen bieten die Mitarbeiterinnen der Frauenberatungsstelle kurzfristig professionelle Krisenintervention (ohne Wartezeit) zur Stabilisierung an, Beratungsreihen zur Neuorientierung bzw. überbrückende Beratung, ggfs. bis zum Beginn einer Psychotherapie bei niedergelassenen Fachkräften.

Die Frauenberatungsstelle bietet regelmäßig **ein umfassendes Gruppenprogramm** an, in dem sich die von den Klientinnen eingebrachten Themen und Anfragen wieder finden. Ein weiteres Arbeitsfeld sind Informationsveranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit sowie die umfangreiche Kooperation in kommunalen Netzwerken zur Optimierung der psychosozialen Versorgungssituation.

Das Aufgabenspektrum der Frauenberatungsstelle wird von einem **multiprofessionellen Team** getragen, das aus vier fest angestellten Mitarbeiterinnen - Sozialpädagogin, Soziologin und Psychologinnen - besteht.

Alle Mitarbeiterinnen verfügen über **spezifische therapeutische Zusatzausbildungen** und arbeiten alle in Teilzeit insgesamt 110 Std. pro Woche. Das entspricht 2,75 Vollzeitstellen.

Die langjährige Erfahrung in der Bewältigung der Aufgaben, die zunehmende Professionalisierung der Arbeit, die **feste Verankerung als Fachberatungsstelle im kommunalen Verbund** und der damit verbundene hohe Bekanntheitsgrad der Einrichtung haben zu einer Ausweitung aller Tätigkeiten geführt.

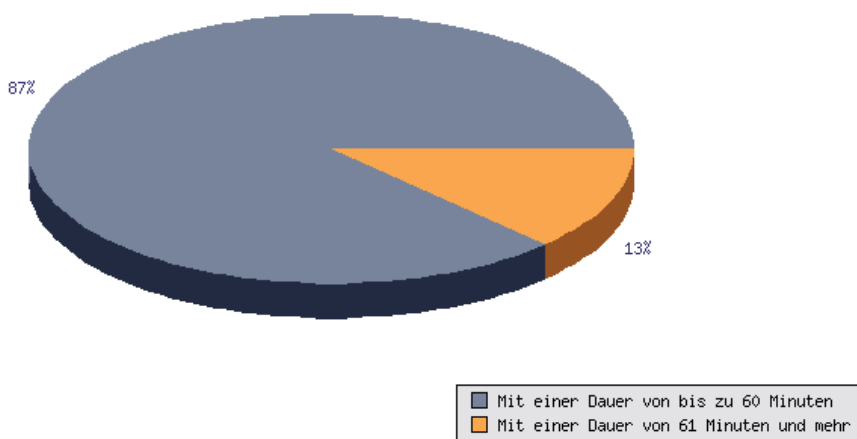
Die Beratungsanfragen von Frauen und Mädchen haben kontinuierlich zugenommen, so dass die Frauenberatungsstelle im **Jahr 2010 das höchste Beratungsaufkommen in ihrer Geschichte zu verzeichnen** hatte: **369 Frauen und Mädchen** haben 2010 die **Unterstützung der Mitarbeiterinnen in Anspruch** genommen.

5. Die Beratungsarbeit in Zahlen

Zahl der im Berichtszeitraum insgesamt beratenden Frauen und Mädchen

369

Anzahl Einzelberatungen	Absolut	in %
Mit einer Dauer von bis zu 60 Minuten	1.276	87
Mit einer Dauer von 61 Minuten und mehr	183	13
Summe Einzelberatungen	1.459	100



Anzahl der Einzelberatungen

1459

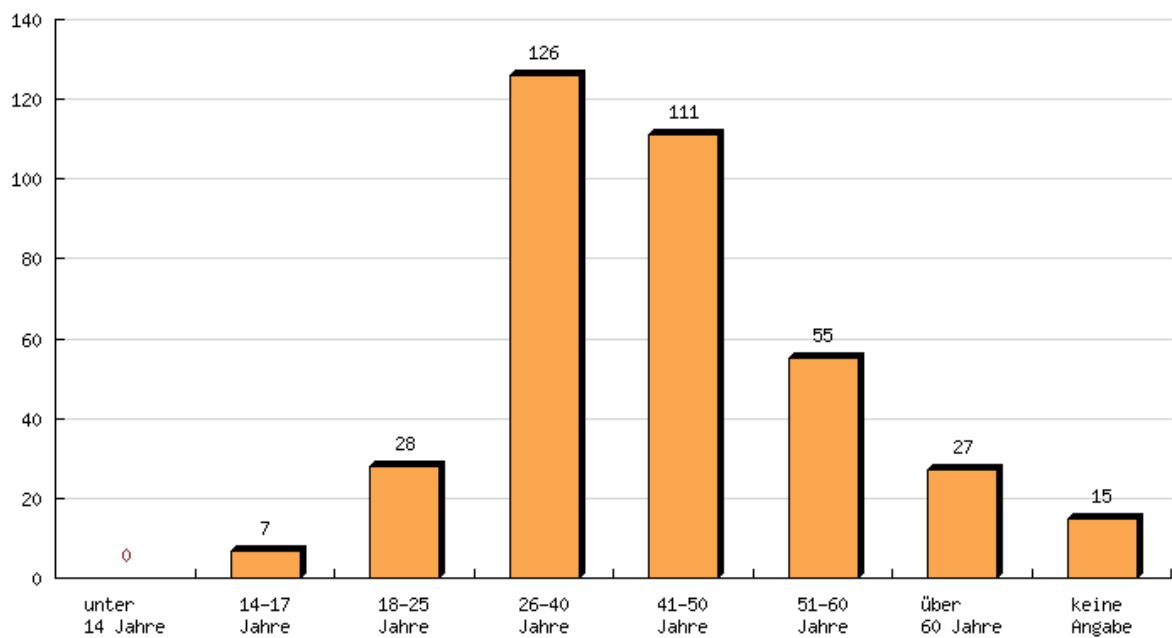
**Anzahl der Gruppensitzungen
7 Gruppen mit insgesamt 49 Teilnehmerinnen**

127

Offene Sprechstunde

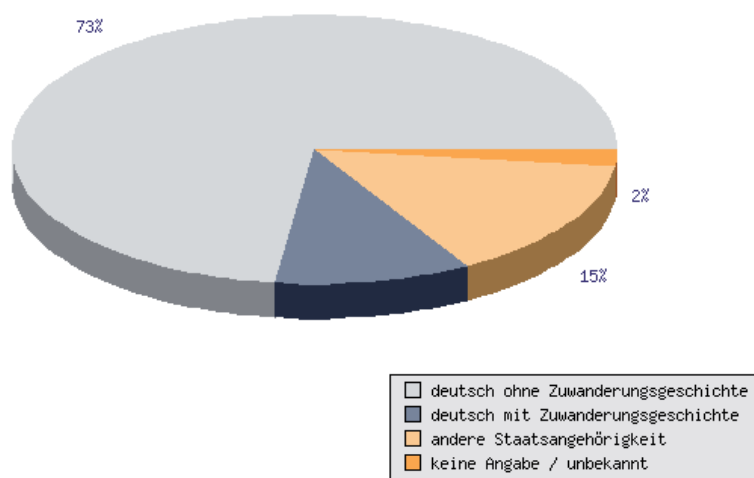
Die Zahl der Frauen, die die offene Sprechstunde aufsuchten, ist weiter angestiegen, so dass wir ab Januar 2011 eine zweite offene Sprechstunde pro Woche anbieten.

Alter	Absolut	in %
unter 14 Jahre	0	0
14-17 Jahre	7	2
18-25 Jahre	28	8
26-40 Jahre	126	34
41-50 Jahre	111	30
51-60 Jahre	55	15
über 60 Jahre	27	7
keine Angabe	15	4
Summe	369	100



Die Gruppe der Frauen im Alter von 26 - 50 Jahren macht mit 64 %, wie in den Vorjahren, den höchsten Anteil aus.

Staatsangehörigkeit	Absolut	in %
deutsch ohne Zuwanderungsgeschichte	269	73
deutsch mit Zuwanderungsgeschichte	39	11
andere Staatsangehörigkeit	54	15
keine Angabe / unbekannt	7	2
Summe	369	100

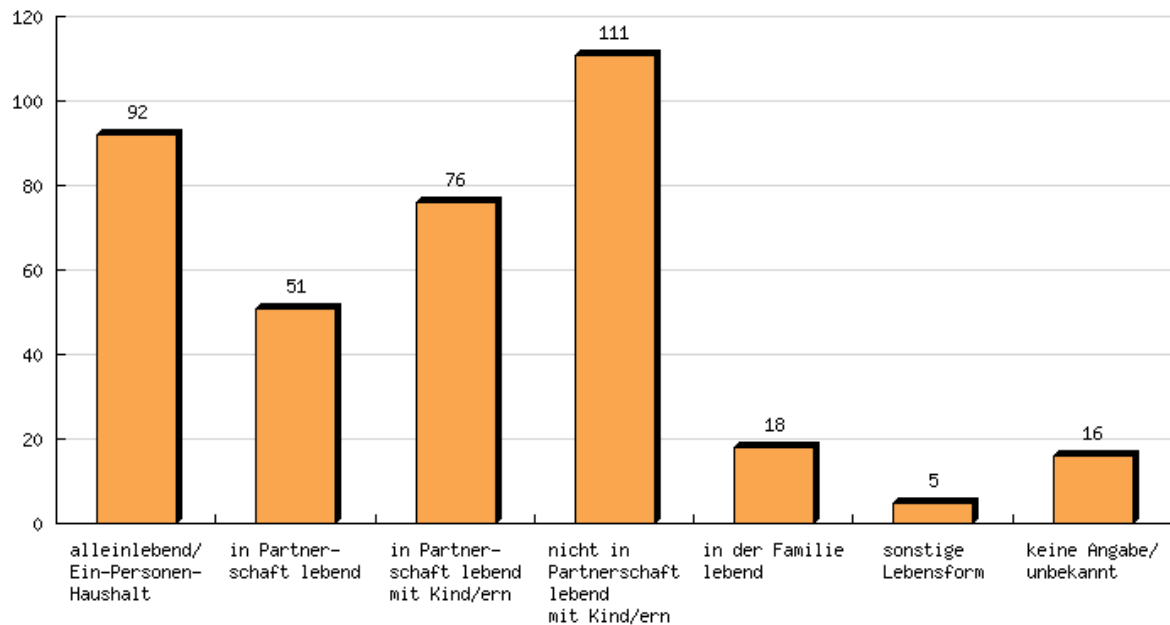


Frauen mit Migrationshintergrund

100 (28 %)

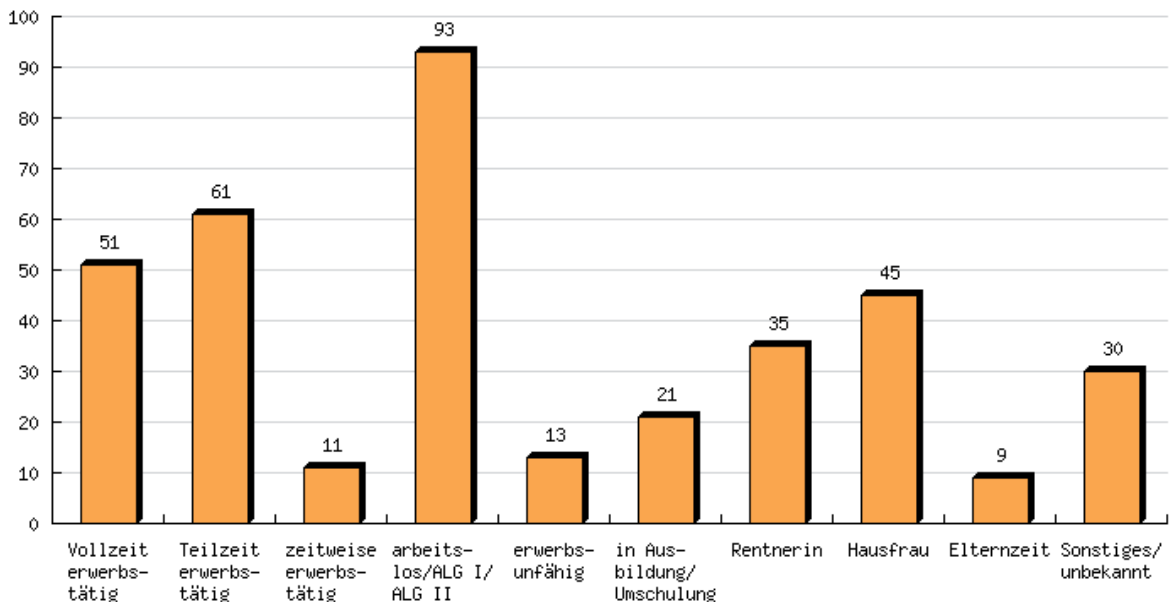
Der Anteil der Frauen aus internationalen Kulturkreisen lag bei 28 %, wobei wir Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit und Zuwanderungsgeschichte aufgrund ihres besonderen kulturellen Hintergrunds den Frauen mit anderen Staatsangehörigkeiten zugerechnet haben.

Lebensform	Absolut	in %
alleinlebend/ Ein-Personen-Haushalt	92	25
in Partnerschaft lebend	51	14
in Partnerschaft lebend mit Kind/ern	76	21
nicht in Partnerschaft lebend mit Kind/ern	111	30
in der Familie lebend	18	5
sonstige Lebensform	5	1
keine Angabe / unbekannt	16	4
Summe	369	100



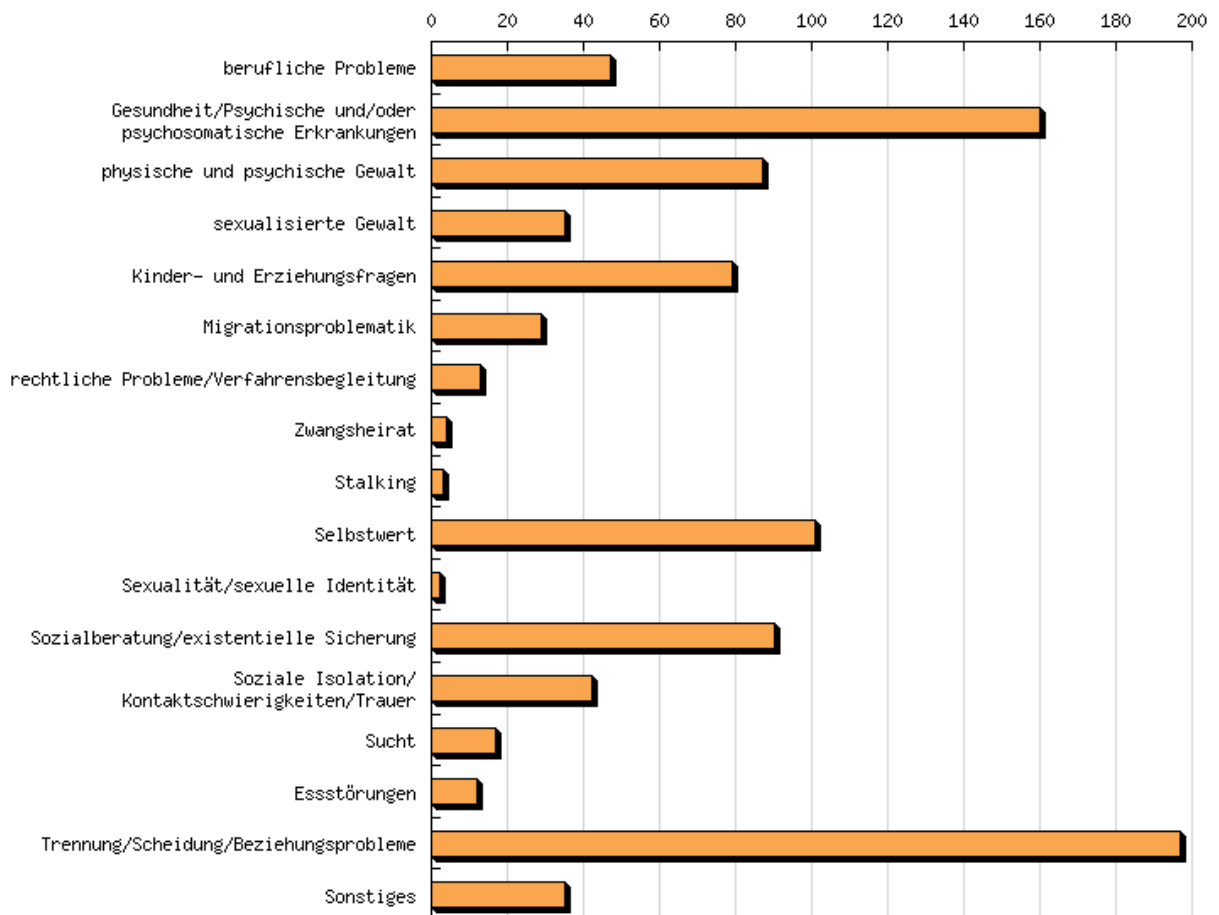
Die Gesamtzahl der allein lebenden und der allein erziehenden Frauen (55 %) ist, wie auch in den Jahren zuvor, größer als die Zahl der mit oder ohne Kinder in Partnerschaft lebenden Frauen (35 %).

Tätigkeit (Mehrfachnennungen möglich)	Absolut	in %
Vollzeit erwerbstätig	51	14
Teilzeit erwerbstätig	61	17
zeitweise erwerbstätig	11	3
arbeitslos/ALG I/ ALG II	93	25
erwerbsunfähig	13	4
in Ausbildung/Umschulung	21	6
Rentnerin	35	9
Hausfrau	45	12
Elternzeit	9	2
Sonstiges / unbekannt	30	8
Summe	369	100



Die erwerbstätigen Frauen (Voll-, Teilzeit, zeitweise) nehmen zusammen genommen mit 34 % zwar den größten Teil ein; doch 29 % der Klientinnen waren zusätzlich auf finanzielle Unterstützungen in Form von ALG I, ALG II oder Grund-sicherung angewiesen.

Problemfelder (Mehrfachnennungen möglich)	Absolut	in %
berufliche Probleme	47	5
Gesundheit /Psychische und /oder psychosomatische Erkrankungen	160	17
physische und psychische Gewalt	87	9
sexualisierte Gewalt	35	4
Kinder- und Erziehungsfragen	79	8
Migrationsproblematik	29	3
rechtliche Probleme/Verfahrensbegleitung	13	1
Zwangsheirat	4	0
Stalking	3	0
Selbstwert	101	11
Sexualität/ sexuelle Identität	2	0
Sozialberatung/existentielle Sicherung	90	9
Soziale Isolation/ Kontaktschwierigkeiten/Trauer	42	4
Sucht	17	2
Essstörungen	12	1
Trennung/Scheidung/Beziehungsprobleme	197	21
Sonstiges	35	4
Summe	953	100



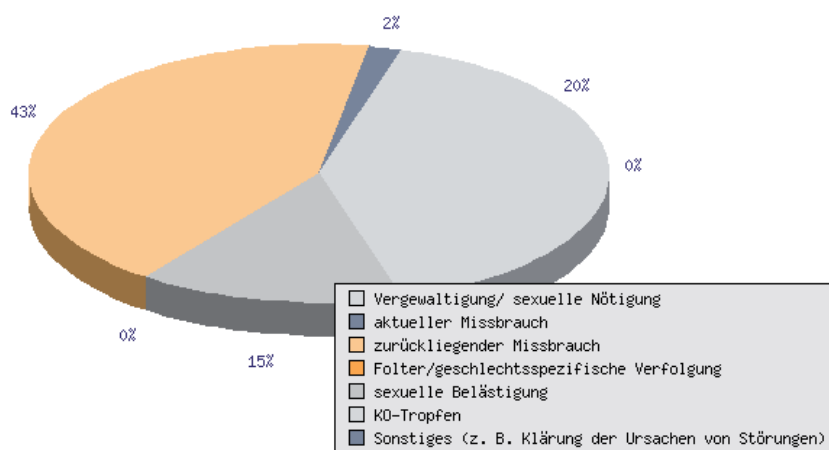
Die Häufigkeit der zur Beratung führenden Probleme sieht wie folgt aus:

Trennung / Scheidung / Beziehungsprobleme	197	21 %
Psychische und/oder psychosomatische, physische Erkrankung	160	17 %
Alle Formen von Gewalt*	129	13 %
Selbstwertprobleme	101	11 %
Existenzielle Sicherung/Sozialberatung	90	9 %

Gewalt

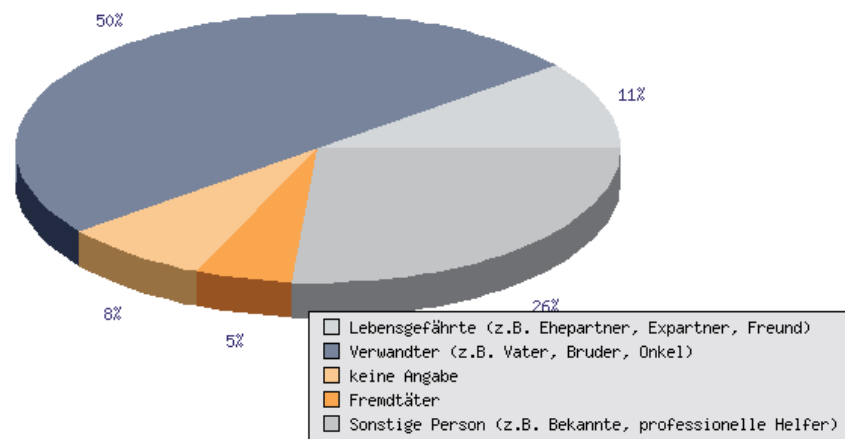
Von 87 Frauen, die physische und/oder psychische Gewalt erlebten, suchten 47 Frauen die Frauenberatungsstelle wegen häuslicher Gewalt auf. In diesen Fällen häuslicher Gewalt waren 57 Kinder betroffen.

Bei sexualisierter Gewalt: Beratungsgrund (Mehrfachnennungen möglich)	Absolut	in %
Vergewaltigung/ sexuelle Nötigung	11	25
aktueller Missbrauch	1	2
zurückliegender Missbrauch	23	53
Folter/geschlechtsspezifische Verfolgung	0	0
sexuelle Belästigung	8	18
KO-Tropfen	1	2
Sonstiges (z. B. Klärung der Ursachen von Störungen)	0	0
Summe	44	100



Bei sexueller Gewalt waren 47 % der Klientinnen von aktuellen Gewalterfahrungen betroffen, wegen sexueller Misshandlung in der Kindheit waren 53 % in der Beratungsstelle.

Bei sexualisierter Gewalt: Bezug des Täters/der Täterin zum Opfer (Mehrfachnennungen möglich)	Absolut	in %
Lebensgefährte (z.B. Ehepartner, Expartner, Freund)	4	11
Verwandter (z.B. Vater, Bruder, Onkel)	19	50
keine Angabe	3	8
Fremdtäter	2	5
Sonstige Person (z.B. Bekannte, professionelle Helfer)	10	26
Summe	38	100



**Der Täter / die Täterin kam in 33 Fällen aus dem nahen Umfeld (Ehepartner, Verwandter und Bekannter) = 87 %. Die verbleibenden 13 % waren Fremdtäter bzw. es wurden keine Angaben gemacht.
Insgesamt handelte es sich in mehr als 95 % aller Fälle um männliche Täter.**

6. Gruppen- und Veranstaltungsprogramm 2010

6.1 Gruppen

- **Therapeutisch geleitete Gruppe „Beziehungen (neu) gestalten“**
Leitung: Anne Grefer, Soziologin, Psychotherapeutin
- **Angeleitete, fortlaufende Selbsthilfegruppe**
für Frauen mit psychischen Erkrankungen
Leitung: Karin Heier, Dipl. Sozialpädagogin, Sozialtherapeutin
- **Stabilisierungsgruppe**
für Frauen mit traumatischen Erfahrungen
Leitung: Christine Lauster, Dipl. Psychologin, Psychotherapeutin
- **Gesprächsgruppen (2)**
für Frauen in Trennungs-/Scheidungssituation
Leitung: Miriam Peltzer, Heilpraktikerin Psychotherapie
- **Gesprächsgruppen (2)**
für Frauen über 60 Jahre
Leitung: Miriam Peltzer, Heilpraktikerin Psychotherapie

An den insgesamt 127 Gruppensitzungen nahmen 47 Frauen teil.

6.2 Veranstaltungen

- **Internationales Privatrecht -**
rechtliche Fragen bei Trennung und Scheidung
für Frauen mit türkischem Hintergrund
(in türkischer und deutscher Sprache, auch für Multiplikatorinnen)
Referentin: Neriman Özdemir-Reimholz, Rechtsanwältin
- **Philosophisches Coaching für den Alltag**
Referentin: Dr. Uta-D. Rose
- **Allgemeine rechtliche Fragen bei Trennung und Scheidung -**
aktuelle gesetzliche Änderungen im Familien- und Unterhaltsrecht (2)
Referentin: Julia Rasemann, Rechtsanwältin
- **Mein Recht auf Arbeitslosengeld II (Hartz IV)**
Referentin: Karin Heier, Dipl. Sozialpädagogin, Sozialtherapeutin
- **Wen Do Selbstbehauptungstraining für Frauen**
in Kooperation und mit Unterstützung von Gleichstellungsstelle,
Hexenkessel e.V., VHS Bergisches Land und Frauen helfen Frauen e.V.
Kursleitung: Petra Dellweg, Wen Do Lehrerin
- **Burnout – frühzeitig erkennen und vorbeugen**
Referentin: Sabine Koch, Dipl. Psychologin, Psychotherapeutin

- **Mobbing am Arbeitsplatz**
in Kooperation und mit Unterstützung der Gleichstellungsstelle, der Bergischen VHS und Frauen helfen Frauen e.V.
Referentin: Petra Woocker, Fachanwältin für Arbeitsrecht

6.3 Weitere Maßnahmen, an denen wir beteiligt waren

als Mitorganisatorinnen des Runden Tisches gegen häusliche Gewalt Solingen

- **Multiplikatorenfortbildung „Internationales Familienrecht“**
Referentin: Neriman Özdemir-Reimholz, Rechtsanwältin
in Kooperation mit dem Psychosozialen Trägerverein e.V., Solingen
gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
- **Recht und Hilfe bei häuslicher Gewalt**
Für Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Integrations- und Sprachkursen
in Kooperation mit dem Frauenhaus e.V.
- **Implementierung der „Anonymen Spurensicherung nach Sexualstraftaten“**
in Kooperation mit dem Opferschutz der Polizei und dem städt. Klinikum
- **Beteiligung an der Veranstaltung der Frauenunion im Rahmen der Aktivitäten zum Internationalen Frauentag 2010**
„Talk am Sonntagmittag: Thema „Zwangsextraktion“

Solinger Modellprojekt in Berlin vorgestellt

Die Ergebnisse des Solinger Modellprojekts „Netzwerk für Alleinerziehende“ wurden in den vergangenen Tagen in Berlin vorgestellt. Solingen ist einer der zwölf Standorte des vom Bundesministerium geförderten Pilotprojekts zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Alleinerziehende. „Die Arge, das Bündnis für Familien sowie die Stadtdienste Soziales, Jugend und Gesundheit, die Frauenberatungsstelle sowie etwa 30 weitere Einrichtungen haben rund ein Jahr zusammengearbeitet, um die Angebote für alleinerziehende Eltern zu verbessern“, sagt Birgit Frese, Netzwerkkoordinatorin.

Solinger Tageblatt, 09.07.2010

Solinger Tageblatt, 25.03.2010

„Ich habe nicht gelernt, Muße zu genießen“

FRAUENBERATUNGSSTELLE Gruppenangebot wird erweitert.

Als Marianne Meier (Name geändert) endlich ihren Ruhestand erreicht hatte, stellte sie fest, dass sie statt der gewonnenen Freiheit Leere umfing. Als „Kriegskind“ hatte sie gelernt, zu arbeiten, nicht an sich selbst zu denken, das Wohl der anderen immer im Auge zu haben. Und auch die Bestätigung, die sie durch ihre Berufstätigkeit bekommen hatte, fehlte plötzlich. Dass sie mit die-

ser Situation nicht alleine ist, hat sie im Gesprächskreis für Frauen über 60 der Beratungsstelle von „Frauen helfen Frauen“ für sich erfahren. „Durch die Gespräche in der Gruppe habe ich gelernt, warum das so ist, warum unsere Generation nicht gelernt hat, Muße zu genießen“, erzählt sie. „Und mein Selbstbewusstsein ist gestiegen.“

Der Austausch mit Gleichgesinnten ist stabilisierend

Auch Anita Schulz und Eva Hoppe (Namen geändert) sind froh, in Gruppen der Beratungsstelle

gleichgesinnte Gesprächspartnerinnen gefunden zu haben, die ihre Probleme aus eigener, persönlicher Anschauung kennen. Anita Schulz in der Gruppe „Trennung und Scheidung“ und Eva Hoppe in der Gruppe für Frauen mit Psychiatererfahrung. „Mir ist der Austausch über meine Situation wichtig“, sagt Anita Schulz. „Und es tut mir gut, als Ältere den jungen Frauen aus meiner Lebenserfahrung heraus Tipps zu geben.“ Eva Hoppe betont: „Das Zusammensein gibt mir immer wieder Kraft, und ich bin fest davon überzeugt, dass die

Gruppe zu meiner Stabilisierung beiträgt.“

Neben den bestehenden Gruppen wird jetzt auch eine für Frauen mit Gewalterfahrung neu aufgebaut. „Durch die therapeutisch begleiteten Gruppen können wir Frauen auch längerfristige Hilfe anbieten“, betont die Sozialtherapeutin Karin Heier. „Denn ansonsten haben wir nur noch die Gelegenheit, Krisenintervention zu machen und den Frauen zu helfen, sich zu stabilisieren, bevor andere Hilfe greift.“ Kontakt und weitere Informationen: ☎ 5 54 70. kc

7. Zum psychotherapeutischen Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten [...]

Der folgende Artikel ist eine gekürzte Version aus dem Psychotherapeutenjournal 1/2011 mit freundlicher Genehmigung des Autors

Prof. Dr. Jan Ilhan Kizilhan:

Zusammenfassung:

Bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund benötigen sowohl Psychotherapeuten als auch die Gesundheitsinstitutionen spezifische interkulturelle Kenntnisse, um diese Gruppe frühzeitig und adäquat behandeln zu können, nicht zuletzt um Chronifizierungen zu vermeiden. In der psychotherapeutischen Behandlung von Migrantinnen und Migranten bestehen wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung Defizite im Wissensstand aber auch in den Behandlungskonzepten. Sprachliche Barrieren, die Unkenntnis vorhandener Beratungs- und Hilfesysteme, unterschiedliches Krankheitsverständnis und Bewältigungsstrategien erschweren die psychotherapeutische Arbeit [...].

1. Einleitung

Migration bedeutet nicht nur die Veränderung des Wohnortes, sondern auch eine Veränderung der äußeren Lebensbedingungen, der Arbeits- und Wohnumwelt sowie soziale und kulturelle Umstellungen. Welche Auswirkungen diese neuen Lebensbedingungen haben, hat nicht nur mit dem Ausmaß der Veränderung zu tun; auch die Gründe dafür, wie Krieg, Naturkatastrophen, Arbeitslosigkeit etc. und individuelle Kontrollierbarkeit sind wichtige Faktoren. Als wesentliche Migrationsursachen in der Gegenwart wären zu nennen: staatliche und halbstaatliche Kriegsgefahr und Kriegszustände, ethnische und religiöse Konflikte, Unterdrückung demokratischer Bewegungen, Modernisierung in Entwicklungsländern, weltwirtschaftliche Globalisierung, einhergehend mit Armut und kulturellen Konflikten.

Die biografische Veränderung durch Migration

hat einen erheblichen Einfluss auf die individuelle und kollektive Identität sowie auf die Art und Weise, wie die Vergangenheit verarbeitet wird und ob die Anpassung im Aufnahmeland gelingt. Die Gestaltung dieser neuen Lebensphase, in der sich auch Krankheit entwickeln kann, ist abhängig von den individuellen und kollektiven Bewältigungsmechanismen und von den Nutzungsmöglichkeiten der sozialen Netzwerke. Ein neues Beziehungsnetz in einem anderen kulturellen, ethnischen und gesellschaftlichen Zusammenhang aufzubauen, verlangt neue soziale Ressourcen, eine neue Orientierung und neue Handlungskompetenzen (Kizilhan, 2010).

Während z. B. die traditionelle Vorstellung von Familie und Funktion jedes Einzelnen innerhalb dieses Netzwerks im Herkunftsland klar definiert waren und die Einhaltung der vorgegebenen Vorschriften und Normen vom und durch das Kollektiv kontrolliert wurden, haben sich mit den nachfolgenden Generationen in der Migration diese Normen und Wertvorstellungen in verschiedenen Formen verändert. So ist zu beobachten, dass einige Migranten eher an konservativen Vorstellungen von Familie und Religion festhalten, andere wiederum eher eine liberale Einstellung angenommen und wieder andere eine Mischung aus individuell-westlichen und kollektiven Vorstellungen entwickelt haben (Özbek, 2006).

Die Migration kann somit als ein Lebensereigniskomplex verstanden werden, der zahlreiche miteinander verknüpfte migrationsspezifische Faktoren und Prozesse (Veränderungen, Anforderungen und Dauerbelastungen) beinhaltet und u. a. auch von der Art und Weise der Migration abhängt (Kizilhan & Beremejo, 2009). Gerade Menschen aus familienorientierten Gesellschaften (hierzu zählen z. B. Südtalien, Mittelmeervölker und Asiaten, im Gegensatz hierzu werden z. B. Nordeuropäer und Nordamerikaner wie z. B. Deutschland, England, die USA zu den individualorientierten Gesellschaften gezählt), geprägt von patriarchalisch-religiösen Denkweisen mit entsprechenden Identitätskonzepten, müssen neben den sozial und kulturell vorgegebenen Bildern und Ereignissen des Herkunftslandes auch in der Migration gemachte Erfahrungen zusätzlich konstruieren und perpetuieren, was wiederum psychosoziale Stressoren hervorbringen kann (Koch, 2003).

Bei einer psychotherapeutischen Behandlung scheint daher von besonderer Bedeutung zu sein, unterschiedliche Selbstkonzepte, die Rolle der Familie und das Verständnis von Krankheit und Gesundheit in der Herkunftsgesellschaft zu berücksichtigen.

Eine genaue Betrachtung und Entwicklung von Therapiemodulen, hier insbesondere im psychosomatisch-psychiatrischen Setting für Patienten und Patientinnen familienorientierter Gesellschaften in der Migration und die Bedeutung der kollektiven Identität sind bisher kaum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung gewesen.

Therapeuten, die Menschen mit Migrationshintergrund behandeln, betonen jedoch immer wieder, wie wichtig kollektive Ressourcen und die Gruppendynamik aus der Herkunftskultur sind und dass diese auch in die Konzeptualisierungen für die verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren (Koch, 2003; Kizilhan, 2009) einbezogen werden sollten.

In diesem Beitrag möchte ich daher beispielhaft für die Gruppe der Arbeitsmigranten aus familienorientierten Gesellschaften, vor allem aus dem Mittleren Osten (wir haben nicht nur mit türkischstämmigen Patientinnen und Patienten zu tun, sondern auch mit Kurden, Persern, Arabern und religiösen Gruppen wie Yeziden, Zarathrustra, assyrischen und armenischen Christen) und ihren nachfolgenden Generationen, die Chancen und Schwierigkeiten der psychotherapeutischen Arbeit in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken diskutieren.

2. Krankheitsverständnis und Krankheitsbewältigung in familienorientierten Gemeinschaften

Menschen aus traditionell ländlichen Regionen sind in der Regel von einer kollektiven Denkweise geprägt, in der persönliche Wünsche, Interessen und Beschwerden eines Einzelmitglieds als sekundär betrachtet werden. Harmonie und Sicherheit in der Familie und der Peergroup sind wesentlich wichtiger als die individuelle Autonomie. Das einzelne Individuum sieht sich als Teil einer Solidargemeinschaft, aus der sich die entsprechenden Aufgaben und Pflichten

ergeben. Seine Hauptaufgabe ist es dafür zu sorgen, dass der Solidargemeinschaft, insbesondere der Kern- und Großfamilie, kein Schaden zugefügt wird.

Es ist deshalb folgerichtig, dass persönliche Gefühle und Beschwerden nicht geäußert werden, um möglicherweise die Familie nicht zu belasten oder ihr zu schaden (Kizilhan & Beremejo, 2009). Im Rahmen von Behandlungsmaßnahmen kann dieser Hintergrund dazu führen, dass schwierige und traumatische Themen wie z. B. sexuelle Gewalt und Folter vermieden werden, da die Angst vor der eigenen und kollektiven Entehrung durch die Gemeinschaft immer vorhanden ist.

Dabei spielen kollektiv-dysfunktionale Kognitionen des „Ehrverlustes“ und die Angst vor einer möglichen Zerstörung der Gesamtfamilie sowie vor einer Verstoßung aus der Herkunftsgemeinschaft eine wichtige Rolle. Konflikte zwischen den Migrantengenerationen und der Umgang damit können ebenfalls für die Behandlung wichtig sein.

Zu erwähnen seien hier schlagwortartig u. a. traditionelle Heirat, Zwangsheirat oder „Ehrenmorde“.

Als ein besonderes Beispiel sei hier vor allem aber auch die Einstellung zur Sexualität in familienorientierten Gesellschaften genannt, in der sich patriarchalische Sitten und Traditionen mit religiösen Verhaltensregeln (z. B. Islam) vermischen. Dies führt häufig zu einer erheblichen Unsicherheit bei den Patientinnen und Patienten im Umgang mit diesem Thema, wenn nicht gar zu dessen gänzlicher gesellschaftlicher Tabuisierung (Baumeister, 2007).

Hohe moralische Vorstellungen und Einschränkungen führen gerade bei Frauen mit patriarchalischen Vorstellungen zu erheblicher Sorge und Angst, da sie jeden Augenblick Gefahr laufen könnten, in ihrer Ehre verletzt zu werden.

Innerpsychische Konflikte und auch traumatische Ereignisse werden z. B. von türkischen Patienten meist über Schmerzäußerungen thematisiert (Koch, 2003).

Ein Grund dürfte in der vorhandenen Krankheitsvorstellung und dem Krankheitsverständnis sowie der ungewohnten Behandlungssituation liegen. Ein weiterer Aspekt des schwierigen Umgangs mit psychischen Beschwerden ist u. a. das kollektive Denken,

in der die Familie eine übergeordnete Rolle spielt. Deshalb werden oft persönliche Gefühle und innerpsychische Beschwerden nicht geäußert. Die Anpassung an das soziale Umfeld wird als Zeichen persönlicher Reife verstanden. Dem Körper des Individuums ist allerdings eine Erkrankung „erlaubt“, weswegen beide, körperliche und psychische Beschwerden über den Körper zum Ausdruck gebracht und zunächst nicht unterschieden werden.

Die Unterscheidung von körperlichen und psychischen Anteilen wird erst erarbeitet. Aus einer psychodynamischen Perspektive bietet die Somatisierung für sozial benachteiligte Gruppen und Menschen mit schweren traumatischen Erlebnissen zudem eine Möglichkeit, Ausgrenzung, soziale Kränkung, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle aus dem bewussten Erleben auf die Körperebene zu verlagern, um so die Selbstachtung zu bewahren und gleichzeitig darauf zu hoffen, dass Arzt und Medizin ihnen helfen können.

In einer vergleichenden Studie zwischen deutschen und türkischen Patienten konnte ich zeigen (Kizilhan, 2008), dass türkische Patienten die Ursachen ihrer Erkrankung häufiger in externalen Einflüssen wie „Schicksal“ oder „Gottes Wille“ sehen, d. h. sie attribuieren allgemein externaler, erleben bedeutend weniger persönliche Kontrolle wie auch Behandlungskontrolle und entwickeln ein auffällig geringeres Verständnis für ihre Krankheit. Um ihre Krankheit zu bewältigen, setzen sie z. B. nicht, wie häufig die deutschen Patienten, eine langfristig planvolle Strategie ein, sondern versuchen stattdessen aktiv und kurzfristig problemorientiert zu agieren (Kizilhan, 2008).

2.1 Traditionelle Medizin, Magie und Gesundheit

Magische Vorstellungen im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit, wie z. B. Geister, Dschinnen, Symbole und Rituale, haben in den Balkanländern und im Mittleren und Nahen Osten schon immer eine wichtige Rolle gespielt. Noch heute lässt sich in ländlichen, stark von der Tradition geprägten Gebieten der nahöstlichen Gesellschaften, aber auch in großen Städten eine Affinität zur traditionellen Medizin feststellen. Verschiedene traditionelle Heiler sind sowohl im Herkunftsland als auch

im Gastland aktiv, wie z. B. Knochenheiler, religiöse Heiler, die als Magier oder Zauberer tätig sind, aber auch arabische Ärzte, die in der Tradition der „Vier-Säfte-Lehre“ stehen, Pflanzenheiler und die heilkundigen Frauen, die besonders bei gynäkologischen Problemen und der Geburt zu Rate gezogen werden (Heine & Assion, 2005).

Trotz möglicher Widersprüche und Interessenskonflikte kann unter Umständen auch ein auf Religion oder Magie basierendes Krankheitsverständnis als Ressource in die Behandlung, vor allem in den Gruppen, mit einbezogen werden und steht nicht per se schon im Widerspruch zur modernen Medizin, sofern die Gesundung des Patienten das höchste Kriterium darstellt. Dschinnen, Geister, Kultstätten, magische Steine, Gebete etc. können daher bei der psychosozialen Versorgung durchaus von Bedeutung sein, insbesondere im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich für Diagnostik und Behandlung.

Fallkasuistik

Ein Mitte 50-jähriger türkischer Patient arbeitete 25 Jahre in einer Fabrik in Süddeutschland und bekam vor zwei Jahren eine Agoraphobie mit Panikstörung. Er war nicht mehr in der Lage, zur Arbeit zu gehen. Hintergrund waren familiäre Konflikte. Besonders schlimm und kränkend empfand er die Beziehung seiner Tochter mit einem nicht-muslimischen Mann. Neben Familiengesprächen in der Therapie wurde ein Expositionstraining in Verbindung mit dem Koran durchgeführt. So lernte der Patient vier Verse aus dem Koran auswendig, und beim Aufsuchen von Menschenmengen begann er richtig zu atmen, nahm die Gebetskette in seiner Hosentasche in die Hand und sprach leise die gelernten Verse, bis die Angst nachließ. Nach einer vierwöchigen stationären Rehabilitationsbehandlung mit fast täglicher Exposition konnte der Patient zuhause wieder Menschenmengen aufsuchen und arbeiten. [...]

3.1 Therapeut-Patient-Beziehung

Patientinnen und Patienten aus familienorientierten Gesellschaften erwarten schon nach den ersten Psychotherapiesitzungen von den Therapeuten ein komplettes Erklärungsmodell

über ihre Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten. Die Vorstellung, dass die Patientinnen und Patienten mit dem Psychotherapeuten gemeinsam an einem Erklärungsmodell arbeiten und dieses entwickeln ist unbekannt. Sie können schnell enttäuscht sein, weil solche „Erklärungsmodelle“ früher bei den traditionellen Heilern üblich waren. Daher ist es hilfreich, den Patienten bereits nach dem Aufnahmegespräch über die für ihn möglicherweise ungewohnte Behandlungsstrategie und ihren Sinn zu informieren.

Da eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung der Patientinnen und Patienten aus familienorientierten Gesellschaften von besonderer Bedeutung ist, sollten u. a. folgende Besonderheiten der Patientengruppe bei der Untersuchung und Behandlung bedacht werden:

Sowohl der Arzt als auch der Psychotherapeut werden traditionell als väterlicher Freund der Familie verstanden. Er stellt eine Autoritätsfigur dar, die einen aktiven, wissenden und beratenden Umgang mit dem Patienten und seiner Familie pflegt. Diese „kulturelle Übertragung“ wird der Psychotherapeut annehmen müssen, wenn er nicht erhebliche Verunsicherung auslösen will.

Im Gegensatz zum Umgang mit einheimischen Patienten, bei denen ein Mobilisieren des eigenen Potenzials im Vordergrund steht, wird bei o. a. Patienten mehr Hilfe durch die Autorität erwartet und angeboten werden müssen. Dies bedeutet aber, dass der Psychotherapeut auch ein Bewusstsein für die eigene kulturelle Gebundenheit entwickeln sollte.

Er sollte in der Lage sein, seine eigene Übertragungsbereitschaft auf den Patienten, seine individuellen und gesellschaftlichen Vorurteile und Stereotypen, die als kollektive Übertragungen auftauchen, wahrzunehmen und möglichst weitgehend zu entaktualisieren, bevor sie in der Behandlung destruktiv wirksam werden. Erst danach ist eine Bereitschaft des Patienten zur Verhaltensänderung auf psychischer und physischer Ebene möglich.

Fallkasuistik

Eine 26-jährige Patientin kommt mit den Einweisungsdiagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und Anpassungsstörung

in die Klinik und berichtet vor allem über ihre Ehekonflikte. Den Ehemann habe sie vor einem Jahr im Irak auf Wunsch der Eltern geheiratet. Es sei eine traditionelle Heirat gewesen. In ihrer Familie sei es noch üblich, dass die Eltern ihre Kinder verheiraten. Sie habe der Heirat zugestimmt, um das Elternhaus verlassen und nach Deutschland kommen zu können. Mit der Ehe sei sie sehr unzufrieden, sie werde von ihrem eifersüchtigen und sehr traditionellen Ehemann geschlagen. Die Psychotherapeutin thematisiert eine mögliche Trennung, was von der Patientin vehement abgelehnt wird. Ihre Familie würde sie im Falle einer Trennung verstoßen und sie habe Angst, dass der Ehemann ihr etwas antun könne. Es sei in ihrer Kultur nicht üblich, dass man sich vom Ehemann trennt. Bisher sei dies noch nie in ihrer Familie vorgekommen.

Nachdem die Psychotherapeutin im Sinne einer Aufklärung erklärt, dass sie im Falle einer erneuten Gewaltanwendung die Polizei einschalten könne, bricht die Patientin die Psychotherapie ab. Noch vor dem Verlassen der Klinik berichtet sie dem Abteilungsleiter, dass sie nur über ihre Probleme sprechen und einige Ratschläge von der Psychotherapeutin haben wollte, wie sie den Ehemann dazu bringen könnte, dass er sich mehr um sie kümmert und nicht mehr schlägt. Sie wolle und könne sich nicht trennen. Die Patientin verließ die Klinik. In der anschließenden Supervision erklärte die Psychotherapeutin, dass sie mit ihrem Selbstverständnis nicht damit umgehen könne, dass die Patientin die Gewalt des Ehemannes einfach so akzeptiere.

Dieses Beispiel klingt sehr frauenfeindlich. Im klinischen Alltag haben wir sehr oft mit häuslicher Gewalt, vor allem gegen Frauen, zu tun. Aufgrund der Übernahme von patriarchalischen Vorstellungen auch durch die Opfer ist die Entwicklung von veränderten Sichtweisen mit Hilfe einer Psychotherapie sehr schwierig. Ihre Erwartungen an den Psychotherapeuten, hier den gewalttätigen Ehemann ohne Kontakt durch Magie zu einem friedlichen und liebevollen Ehemann zu verändern, werden schnell enttäuscht.

Aber solche Themen können z. B. sehr gut in Gruppentherapien mit den Patientinnen und Patienten thematisiert werden. Hier ist wiederum die Rolle des Gruppentherapeuten von Bedeutung.

Nicht selten erleben wir, dass einige Patientinnen und Patienten aus dem gleichen Kulturkreis selbst eine ganz klare Stellung gegen häusliche Gewalt annehmen, was in der Gruppe sehr heftig, aber effektiv diskutiert werden kann.

In den Gruppen können Psychotherapeuten in die Rolle eines „Lehrers“ gedrängt werden, vom dem sie passiv nur lernen wollen. Die interaktionelle Kommunikation mit dem Ziel einer erweiterten Selbsterkenntnis durch Besprechung bestimmter Themen in der Gruppe muss vom Gruppenpsychotherapeuten immer wieder angestrebt und die Gruppe dazu angeleitet werden. Dies kann die ersten Gruppensitzungen erschweren, da viele Patienten diese Form der Gruppenbehandlung nicht kennen.

In der Gruppe erzählen Menschen aus orientalisch-patriarchalischen Gesellschaften Ereignisse, die thematisch nicht in die Gruppe passen, wie z. B. „warum muss ich dieses Medikament nehmen“ oder „können Sie mir eine Bescheinigung ausstellen“. Hier muss der Gruppenleiter wieder mit viel Geduld und Empathie die Patienten zurück in „die Inhalte und Rahmen“ der Gruppenpsychotherapie holen.

3.2 Verhaltensregeln und Rituale in der Einzel- und Gruppentherapie

In der Gruppentherapie mit Menschen aus traditionellen Gemeinschaften sind bestimmte Verhaltensrituale, wie z. B. der geschlechtsspezifische Kontakt, die Begrüßung oder religiöse Begriffe zu beachten.

Eine erste Schwierigkeit kann schon der Erstkontakt sein, in dem der Patient zur Begrüßung einen Händedruck verweigert. Der Händedruck zwischen einem Mann und einer Frau kann bei einigen religiösen Muslimen als eine Verletzung der Intimität verstanden werden. Nach dem Gebet geben sich z. B. viele Frauen und Männer nicht die Hand. Auch sollte man die Patienten danach fragen oder sich Informationen einholen, ob z. B. zum Zeitpunkt der Gruppentherapie Ramadan (Fastenmonat) ist, um dies entsprechend bei der Gruppentherapie zu würdigen und vielleicht auch zu thematisieren.

Man muss wissen, dass viele Menschen aus nichtwestlichen Ländern häufig geringes Wissen über die westeuropäische Bürokratie,

asyl- bzw. aufenthaltsrechtliche Bestimmungen und möglicherweise Psychotherapie haben und oft versuchen, diese Themen in der Gruppe anzusprechen. Ebenfalls können in der Gruppenpsychotherapie die Patienten sehr stark auf körperliche Beschwerden fixiert sein und nur noch über ihre Schmerzen sprechen. Hier wäre eine genaue und auch taktvolle Aufklärung und Information über die Gruppentherapie notwendig.

In der Gruppenpsychotherapie kann es vorkommen, dass einige Patienten auf Grund ihrer anderen Erzählstruktur langatmig zu erzählen beginnen, was zunächst aus der europäischen Denkkultur her keinen Sinn ergibt. Auch hier sind sehr viel Geduld und eine gewisse therapeutische Sensibilität erforderlich, um z. B. das Gespräch zu unterbrechen, da eine Unterbrechung als Respektlosigkeit oder nicht-ernstgenommen werden verstanden werden kann. Die Erzählungen, wenn man sie zu Ende hört, ergeben einen Sinn, allerdings kann dies die vorgegebene Zeit der Gruppentherapie sprengen. Hier ist je nach Indikation durchaus auch an längere Gruppentherapiezeiten von insgesamt mehr als 90 Minuten zu denken.

Politische Konstellationen, wie z. B. ethnische oder religiöse Konflikte, werden oft weit wichtiger genommen, als die eigene Befindlichkeit und können den Rahmen einer Gruppentherapie sprengen. Dem Gruppenleiter muss klar sein, dass eine Reihe von traumatisierten Patienten nicht in der Lage ist, sich in der Gruppe aktiv zu beteiligen, da sie möglicherweise auf Grund ihrer Störung noch sehr misstrauisch und unsicher sind. Ebenso bleibt oft die Tatsache unbeachtet, dass traumatisierte Menschen meist nur fragmentarisch ihre erlittene Geschichte oder auch andere Dinge aus ihrem Leben wiedergeben können.

Bei einer Patientenanzahl von 6 bis 8 Personen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung sind spezifische Traumagruppen zu empfehlen. Im Falle einer sexualisierten Gewalt sind geschlechtsspezifische Gruppen notwendig. Gruppen mit Männern und Frauen sind in der Regel unproblematisch und empfehlenswert, wenn der Grund und Ablauf (z. B. Schweigepflicht) der Gruppentherapie erklärt wird. Hiernach wird nach unseren Erfahrungen die traditionelle Zurückhaltung aufgehoben und Patientinnen und Patienten sprechen

dann über ihre Familien- und Beziehungskonflikte, da sie erkennen, dass nicht sie allein solche Konflikte haben. Es entwickelt sich gelegentlich auch ein starker Gruppenzusammenhalt und Unterstützung bei auftretenden Krisen während des Klinikaufenthaltes.

3.3 Psychoedukativ-interaktionelle Gruppen

In den psychoedukativ-interaktionellen Gruppen treffen wir häufig auf einfache, z. B. der „Vier-Säfte-Lehre“ zugehörige Vorstellungen über Anatomie, Krankheit und Krankheitsbewältigung, die sich von den westlichen Vorstellungen sehr unterscheiden. Auch die soziokulturellen Kommunikationsformen sind sehr verschieden. Dies bedeutet, dass in den psychoedukativen Maßnahmen ein gemeinsames Krankheitsmodell entwickelt werden muss, das die Vorstellungen der Herkunftskultur berücksichtigt, um verstanden und angenommen werden zu können. Zur Wirksamkeit von psychoedukativen Seminaren ist der Einsatz von Medien wie Selbsthilfebroschüren und Videos in der Muttersprache zu empfehlen. Ziel ist, den Patienten mit seinen mitgebrachten Vorstellungen neuere Sichtweisen im Zusammenhang von körperlichen und psychischen Prozessen zu vermitteln.

3.4 Einbezug von Familienmitgliedern in die Psychotherapie

Auf Grund der kollektiv-traditionellen Sozialisation und entsprechenden Kognitionen ist bei einigen Patienten die Einbindung der Familie in die Behandlung manchmal indiziert. So kann durch die Sicht auf die jeweiligen Rollen aller Familienmitglieder der Großfamilie ein besseres Verständnis für mögliche familiäre Konflikte und Beziehungsabhängigkeiten (z.B. Heirat von Cousinen, finanzielle Unterstützung der Familie im Herkunftsland, Zwangsheirat etc.) gewonnen werden. Doch die starke Solidarität der Familie für ein erkranktes Mitglied kann unter Umständen auch einer schnellen Besserung nicht nur im Wege stehen, sondern seinen Zustand sogar noch verschlimmern. Wichtig ist jedoch, dass die früheren Familienkonflikte nicht nur einfach rekapituliert werden, sondern korrigierend durchlebt werden. Dies erfordert ein Durcharbeiten vergangener Konfliktsituationen.

Fallkasuistik

Eine Anfang 20-jährige türkischstämmige Patientin, die in Deutschland geboren und aufgewachsen ist, möchte seit einigen Jahren aus der Wohnung ihrer Eltern ausziehen, was der Vater nicht erlaubt. Nach den Vorstellungen der Eltern dürfe ihre Tochter nur ausziehen, wenn sie verheiratet sei. Die Patientin möchte aber mehr Autonomie und selbstständig ihr Leben gestalten, ohne die Beziehung zu ihren Eltern zu gefährden. Der Vater drohe immer wieder, sie als Tochter abzulehnen und den Kontakt im Falle eines Auszuges mit der gesamten Familie zu verbieten.

Die Patientin leidet seit mehreren Jahren unter einer Bulimie und Depression. Nach der Schule müsse sie sich sofort bei der Mutter melden und dürfe kaum allein die Wohnung verlassen. Einmal habe sie der ältere Bruder von einem abendlichen Treffen mit einigen deutschen Freunden mit Gewalt nach Hause gebracht. Er habe ihr gesagt, es gehöre sich nicht, als junge Frau abends auf der Straße zu sein. Sie fühle sich zu Hause nicht wohl, möchte aber auch ihrer Familie keine „Schande“ machen. Neben der psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung der Essstörung und Depression wurden mehrere Familiengespräche geführt. Bei diesen stellte sich heraus, dass der Vater sehr traditionell eingestellt und Vorstandsvorsitzender einer örtlichen Moschee-Gemeinde war.

Der Vater sprach von einem Gesichtsverlust und einer Ehrverletzung, falls die Tochter unverheiratet die gemeinsame Wohnung verlassen würde. Die Moschee-Gemeinde würde ihn ausgrenzen und glauben, er sei nicht in der Lage, seine Kinder der eigenen Tradition entsprechend zu erziehen. Nach mehreren Gesprächen über die Krankheit der Tochter und ihre Bedürfnisse, über die Bedeutung von Ehre, Familie und die Rolle der Gemeinde wurde vereinbart, dass die Tochter in einer anderen Stadt in ein Betreutes Wohnen kommt. Hierzu wurde dem Vater ein Attest über die Krankheit der Tochter und die Notwendigkeit einer Betreuung außerhalb des Wohnortes ausgehändigt. Dieses Attest wurde der Moschee-Gemeinde vorgelegt, und alle waren aufgrund der Krankheit der Tochter mit diesem Wohnortwechsel einverstanden. Nach einem Jahr zog die Tochter aus der betreuten Wohnung aus und lebt seither allein.

Es besteht weiterhin ein guter Kontakt zu den Eltern und Geschwistern. Um diese Lösung zu ermöglichen, wurden mehrere Gruppengespräche mit der Kernfamilie (Eltern und Geschwistern) durchgeführt und verschiedene Möglichkeiten diskutiert. Das Ergebnis, dass die Tochter in ein betreutes Wohnheim zieht, wurde dann von der ganzen Familie getragen.

4. Schlussbetrachtung

In einer Gesellschaft mit verschiedenen Kulturen existieren immer auch damit verbundene unterschiedliche kulturelle Lebenskonzepte zur Bewältigung von Konflikten. Migration bewirkt in der Regel einen dauerhaften und sich dynamisch entwickelnden Wechselwirkungsprozess dieser Konzepte. Durch die Einbeziehung sprachlicher, kultureller und migrationsspezifischer Aspekte in die Beratung, Behandlung und soziale Unterstützung

von Migranten bei der Bewältigung ihrer Probleme ist es möglich, ihre Versorgung und Integration grundlegend zu verbessern. So sind bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund sowohl aufseiten des Behandelnden als auch aufseiten der Gesundheitsinstitutionen spezifische interkulturelle Kenntnisse notwendig, um diese Patienten frühzeitig und adäquat behandeln zu können und so z. B. eine Chronifizierung der Krankheit zu vermeiden.

Neben gezielter Bildung von multikulturellen Behandlungsteams ist vor allem eine Sensibilisierung aller Mitarbeiter für eine transkulturelle, kultursensitive Perspektive in den jeweiligen Institutionen notwendig. Verschiedene kultursensible [...] Behandlungskonzepte können die Behandlung dieser Klientel noch effektiver gestalten.

Autor:

Belastungen und Krankheitserleben bei psychosomatisch erkrankten Migranten aus der Türkei. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 63, 315-321.

Prof. Dr. Jan Ilhan Kizilhan, Universität Freiburg, Institut für Psychologie, Abteilung für Rehabilitation und Psychotherapie
PG Migration und Rehabilitation

8. Das Team der Frauenberatungsstelle

Das multiprofessionelle Fachteam der Frauenberatungsstelle in 2010:

- **Anne Grefer**
Soziologin, Gestalttherapeutin, approb. Psychotherapeutin
- **Karin Heier**
Dipl. Sozialpädagogin, Sozialtherapeutin für frauenspezifische Beratung
- **Christine Lauster**
Dipl. Psychologin, Klin. Psychologin, approb. Psychotherapeutin
- **Andrea Reith**
Psychologin, BA, systemische Beraterin
- **Anita Pavlovska-Trajceski**
Dipl. Pädagogin, systemische Beraterin

Alle Mitarbeiterinnen des Fachteams arbeiteten auf Teilzeitbasis mit insgesamt 110 Stunden pro Woche, das entspricht 2,75 Vollzeitstellen.

Weitere Mitarbeiterinnen waren:

- **Miriam Peltzer**
Heilpraktikerin Psychotherapie (auf Honorarbasis)
- **Sandra Ronsdorf**
Industriekauffrau (Verwaltung)
- **Berit Kowalewski**
Studentin der Sozialpädagogik (als Praktikantin für 6 Monate)

Um unsere Angebote weiter aufrecht zu erhalten und intensivieren zu können, sind wir auf Ihre Spenden weiterhin sehr angewiesen und würden uns über Ihr Engagement für ein gewaltfreies Leben für Frauen und Kinder sehr freuen.

Möglichkeit zur Spende:

Frauen helfen Frauen e.V.
- Frauenberatungsstelle -
Stadt-Sparkasse Solingen
Konto: 38398
BLZ: 342 500 00

Alle Frauen und Männer haben überdies die Möglichkeit, den Verein Frauen helfen Frauen e.V. als förderndes Mitglied zu unterstützen.

Sie erreichen die Mitarbeiterinnen
direkt in den **Telefon-Sprechzeiten:**

montags 15.30 - 17.00 Uhr
mittwochs 13.00 - 14.30 Uhr
freitags 9.00 - 10.30 Uhr

Beratungen sind grundsätzlich
vertraulich und kostenlos.

.....
Offene Sprechstunden:

dienstags 13.30 - 15.00 Uhr
donnerstags 10.30 - 12.00 Uhr

Frauen und Mädchen ab 15 Jahren
können in dieser Zeit - ohne vorherige
Terminabsprache - zu uns kommen,
um uns und unser Angebot kennen-
zulernen und sich zu informieren.

.....
Wegbeschreibung

Die Brühler Straße ist aus
allen Richtungen leicht mit
öffentlichen Verkehrsmitteln
zu erreichen. In unmittelbarer
Nähe sind

- die Bushaltestelle Irlen, die
von den Linien 684, 686
und 687 angefahren wird,
- die DB-Haltestelle
Solingen-Mitte, und
- als weiterer Orientierungs-
punkt - die Eissporthalle.

