



# Psychotherapie im interkulturellen Kontext: eine Herausforderung für die klinische Praxis

Dr. Michael Odenwald, Dipl. Psych.  
Leiter Hochschulambulanz für Forschung und Lehre  
Psychologischer Leiter Forschungsstation für Schizophrenie





# Migration

Treilbl (2003): “...ein auf Dauer angelegter, bzw. dauerhaft werdender Wechsel von einzelnen oder mehreren Menschen in eine andere Gesellschaft bzw. ein anderes Land...”

## Zensus 2011 - Bevölkerung

### Übersicht über Merkmale und Merkmalsausprägungen, Definitionen

Zum Veröffentlichungstermin 31. Mai 2013 wird auf [www.zensus2011.de](http://www.zensus2011.de) die Zensusdatenbank freigeschaltet. In dieser öffentlich zugänglichen Auswertungsdatenbank liegen alle bis dahin verfügbaren Ergebnisse aus dem Zensus 2011 für individuelle Auswertungen bereit. Die Daten können kostenfrei für einzelne Gemeinden und natürlich auch für Kreise, Bundesländer und ganz Deutschland abgerufen werden.

## ***Migrationshintergrund***

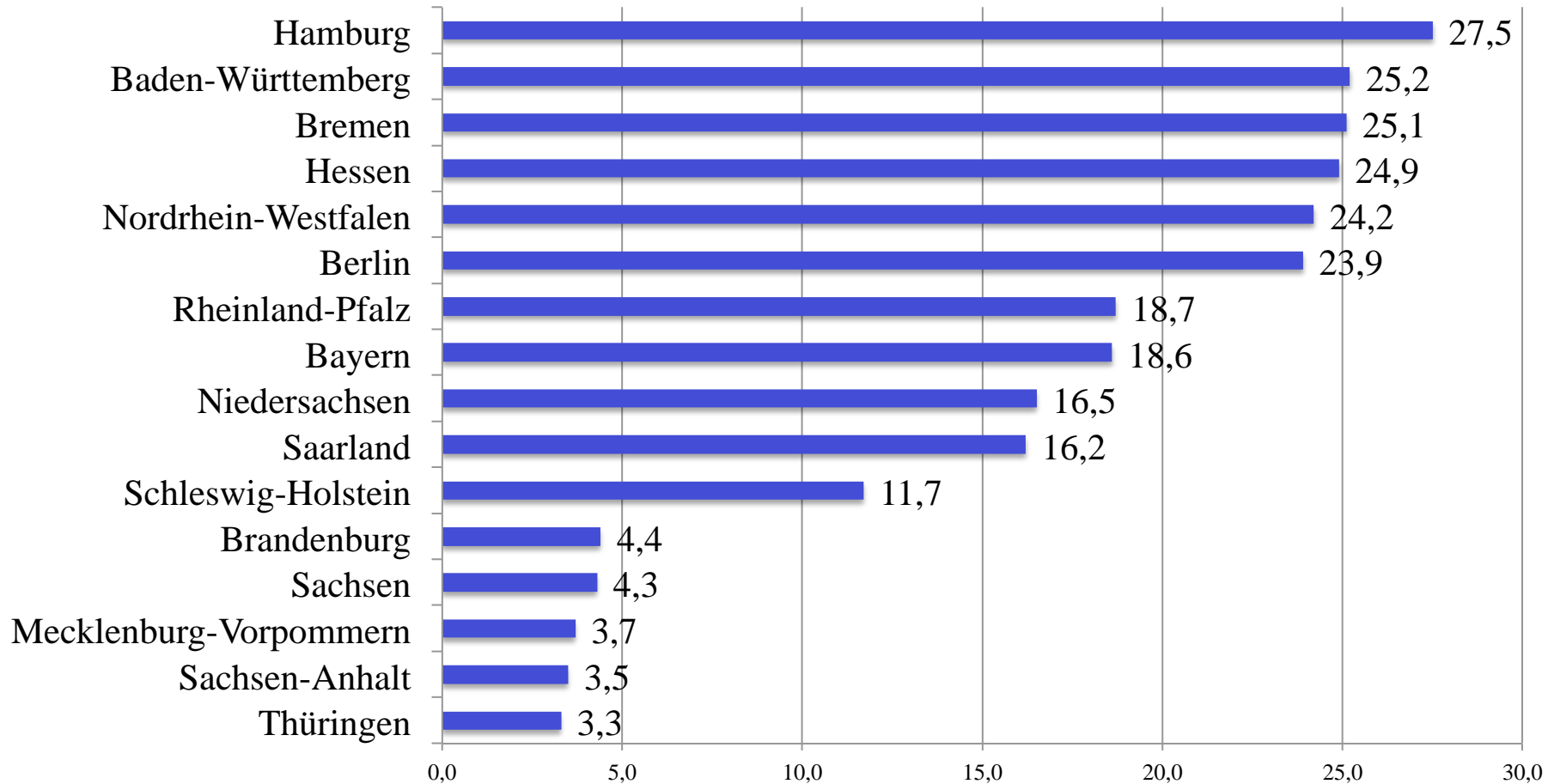
### **Definition**

Dieses Merkmal gibt an, ob eine Person einen Migrationshintergrund aufweist oder nicht.

Als Personen mit Migrationshintergrund werden alle zugewanderten und nicht zugewanderten Ausländer/-innen sowie alle nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Deutschen und alle Deutschen mit zumindest einem nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Elternteil definiert.

Ausländer/-innen sind Personen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.

## Personen mit Migrationshintergrund



Gesamtbevölkerung: 80,2 Mio

mit Migrationshintergrund: 15,0 Mio (18,7%), Ausländer: 6,0 Mio (7,5%)

# Bevölkerungsanteil 2011

## **Baden-Württemberg (10.5 Mio)**

- Migrationsh.: 25,2%  
(2.627.370)
- Ausländer: 10,5%  
(1.098.070)
- Größte Gruppen:
  - Türkei
  - Italien
  - Ehem. Jugoslawien

## **Landkreis Konstanz (265.610)**

- Migrationsh.: 22,6%  
(60.120)
- Ausländer: 9,2%  
(24.410)
- Größte Gruppen:
  - Türkei
  - Italien
  - Ehem. Jugoslawien

## UNHCR (2013): Globale Trends Ende 2011

42,5 Mio. Flüchtlinge,  
IDPs, Asylsuchende

>80% der Flüchtlinge  
verbleiben in Ihrer  
Region

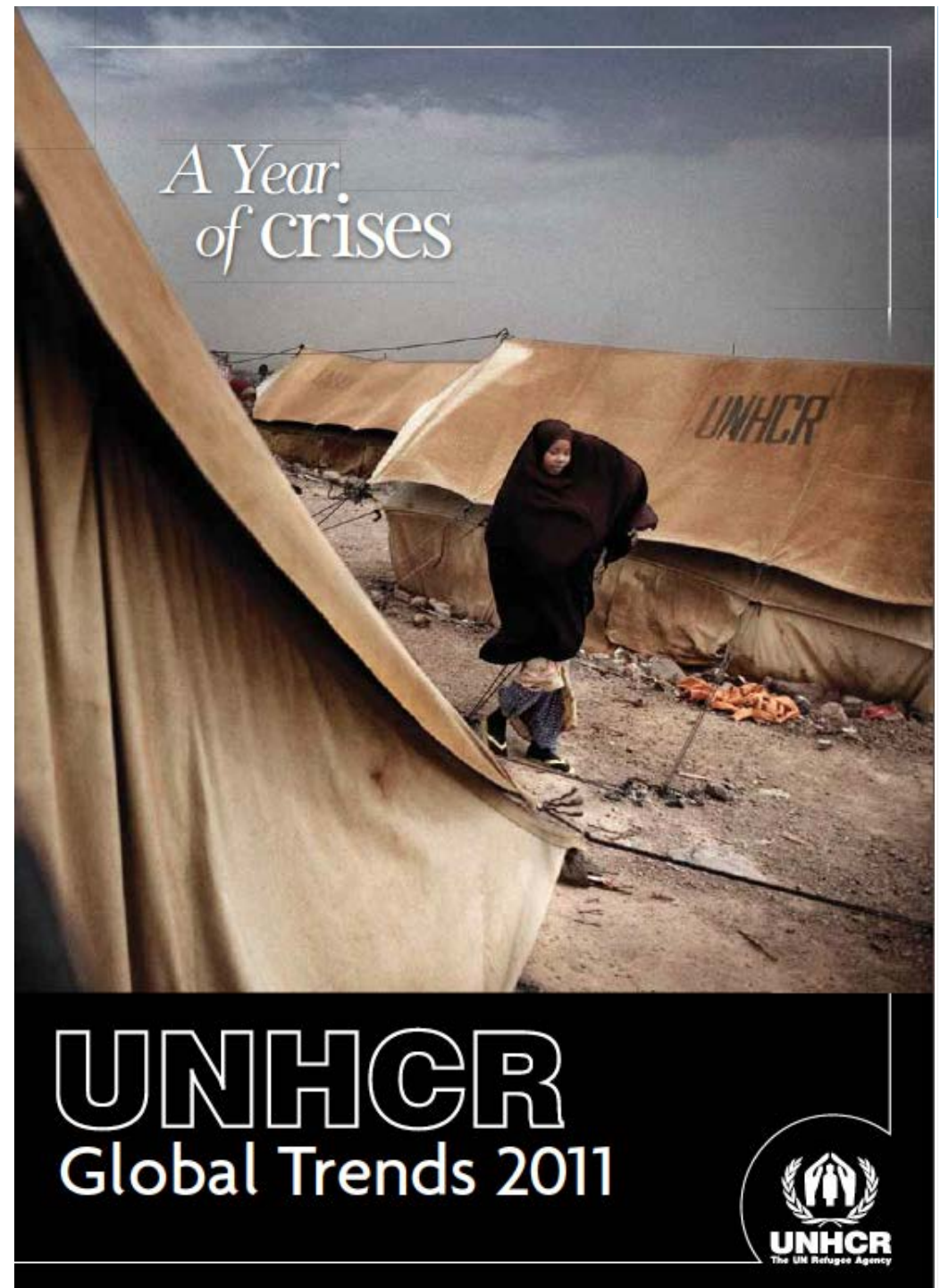
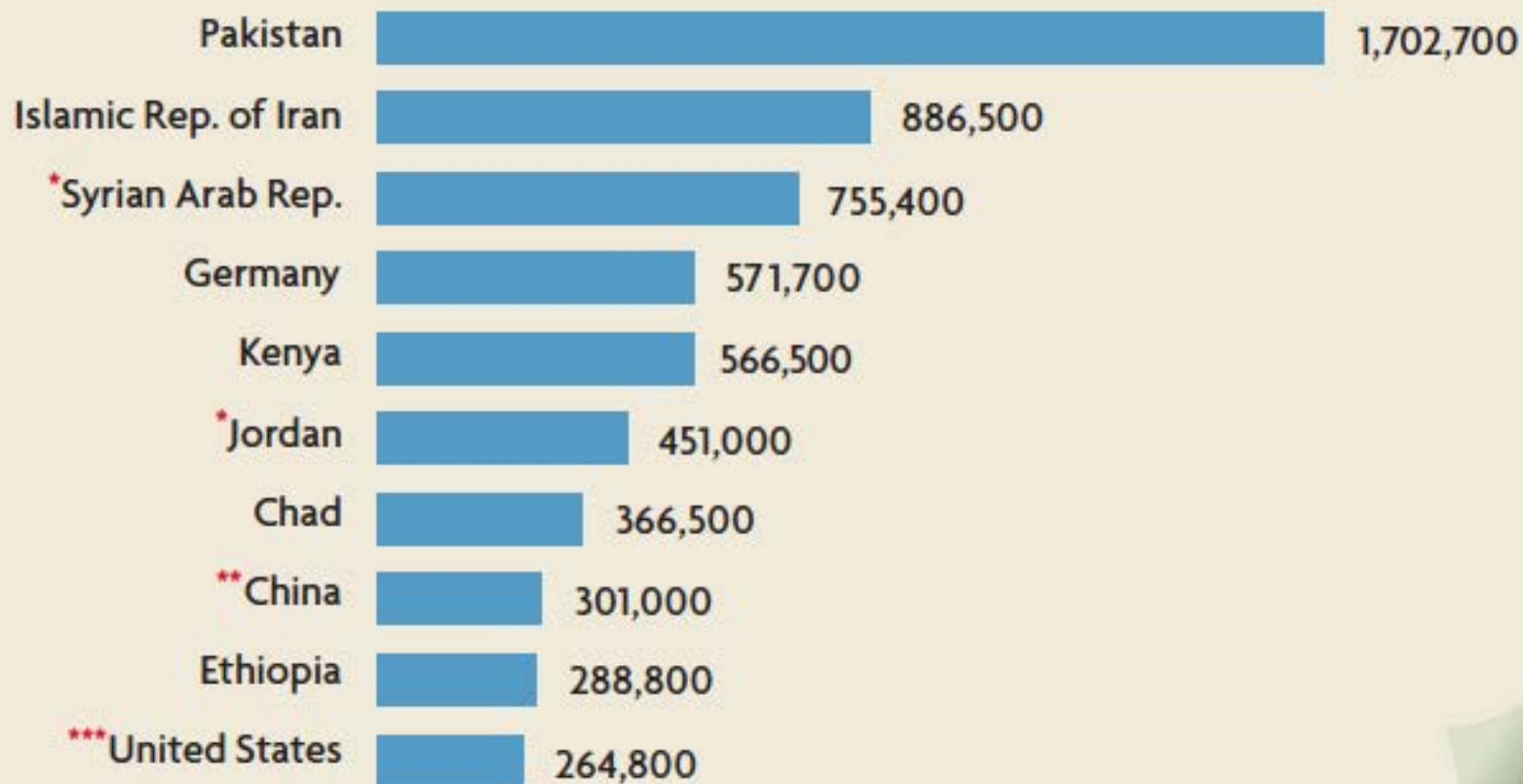


Fig.

4

## Major refugee-hosting countries | end-2011



\* Government estimate. UNHCR has registered and is assisting 132,500 Iraqi refugees in both countries.

\*\* The 300,000 Vietnamese refugees are well integrated and in practice receive protection from the Government of China.

\*\*\* UNHCR estimate.

DATA\*

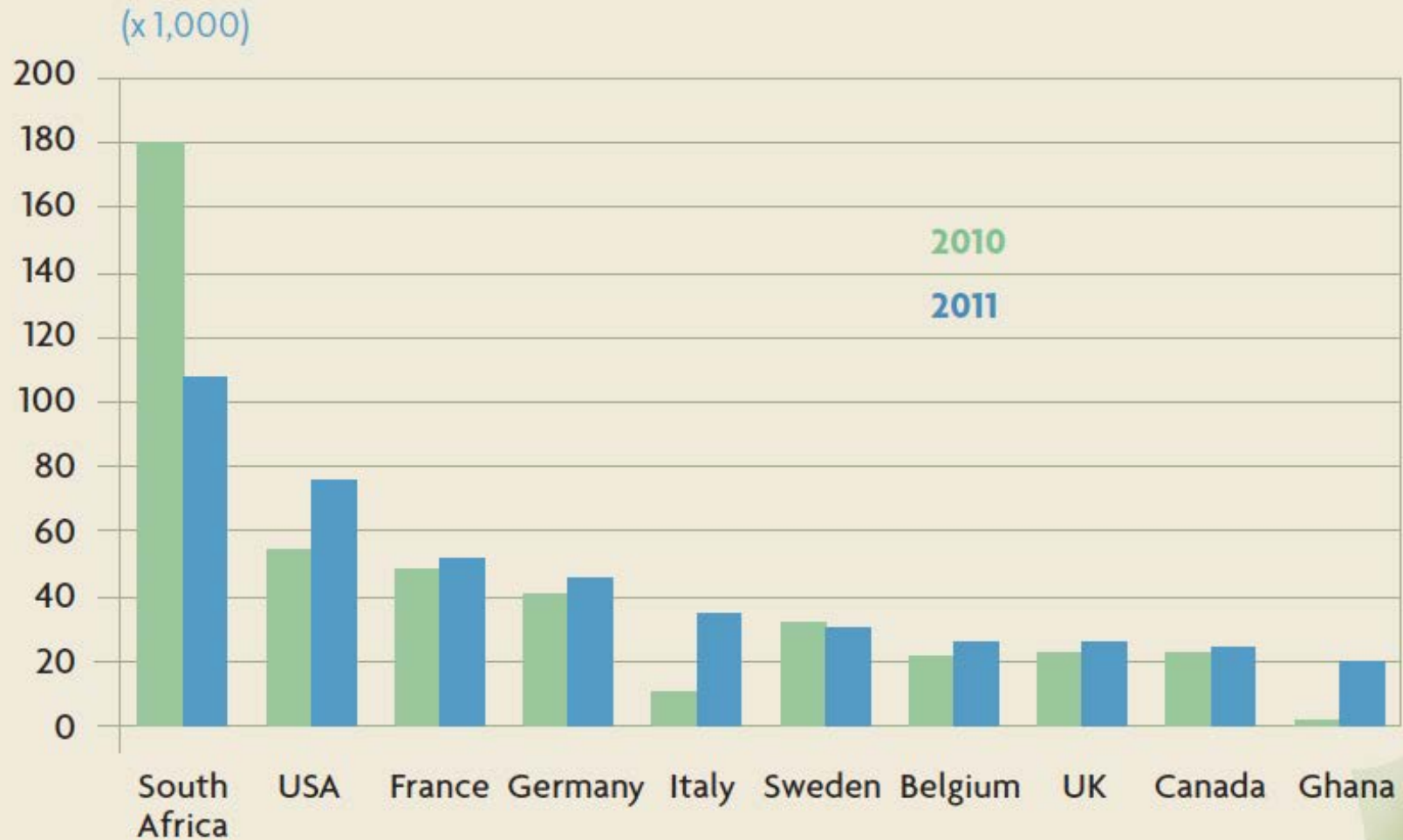


Fig.

10

## Main destination countries for new asylum-seekers

| 2010-2011



**DATA+**



- **Unterschiedliche Symptome & Erkrankungen?**
- Unterschiedliche Prävalenz, Risikofaktoren?
- Unterschiedliche Inanspruchnahme?
- Unterschiedliche Konzepte?
- Unterschiedliche Therapie?

# Symptompräsentation

- Beurteilung von Normalität auf dem Hintergrund der jeweiligen Kultur, z.B. Glaube an Geister vs. Psychose (Ndetei, 1988)
- Symptomausdruck variiert je nach Kultur. Z.B. Somatisierungstendenzen bei Depressionen
- Kommunikationsprobleme korrelieren mit Fehleinschätzungen (mehr psychotische Symptome; Haasen et al., 2000)



Gelten westliche Krankheitskonzepte universell?

PTSD: Vorwurf der Medikalisierung von politischer Verfolgung und Viktimisierung (Summerfield, 1999)

Possession Trance Disorder: Mehr als Traumatisierung und Depression (Neuner et al., 2012)



- Unterschiedliche Symptome & Erkrankungen?
- **Unterschiedliche Prävalenz, Risikofaktoren?**
- Unterschiedliche Inanspruchnahme?
- Unterschiedliche Konzepte?
- Unterschiedliche Diagnostik & Therapie?



**ROBERT KOCH INSTITUT**  
Statistisches Bundesamt



Schwerpunktbericht der  
Gesundheitsberichterstattung  
des Bundes

**Migration und Gesundheit**



# Ergebnisse

- Personen mit Migrationshintergrund sind sehr heterogene Gruppe
- Gleiches Krankheitsspektrum wie bei Deutschen o.M.
- Höhere psychosoziale Belastung durch:
  - Trennung von Familie,  
Fremdenfeindlichkeit, politische  
Verfolgung im Herkunftsland



## Forts...

- Häufigere Erkrankungen bei Personen mit Migrationshintergrund:
  - Todesfälle im Zusammenhang mit der Geburt und im ersten Lebensjahr
  - TB und andere Infektionskrankheiten
  - Seltene erbliche Stoffwechselerkrankungen





## Forts...


- Je nach Herkunftsland und Migrationserfahrung treten folgende Erkrankungen häufiger auf:
  - Erkrankungen durch berufsbedingte körperliche Belastungen
  - Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Erkrankungen der Atemwege
  - Unfallfolgen (bes. Arbeitsunfälle)
  - Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit



# Haben Migranten mehr psychische Störungen?

- Wenige Studien
- Zumeist Subgruppen
- Uneinheitliche Methodik
- unklare Datenlage

# Traumatisierte MigrantInnen



Ambulante medizinische, psychosoziale  
und psychotherapeutische Versorgung  
von traumatisierten MigrantInnen  
in Baden-Württemberg

## 1. Versorgungsbericht

Eine Veröffentlichung von  
Landesärztekammer Baden-Württemberg und  
Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Bermejo et al., 2010:

- Reanalyse des Bundesgesundheitsurvey 1998/99
- 3.704 Deutsche vs. 174 selbst Zugewanderte mit ausländischer Staatsbürgerschaft

	Lebenszeitprävalenz			
	Deutsche	Migranten	OR	ORadj <sup>3</sup>
	% (95% KI)	% (95% KI)	(95% KI)	(95% KI)
<b>irgendeine psychische Störung<sup>4</sup></b>	42,5 (40,9–44,0)	50,8 (42,6–58,9)	1,4* (1,0–1,9)	1,4* (1,0–2,0)
<b>psychische Störungen aufgrund medizinischen Krankheitsfaktors</b>	2,2 (1,7–2,6)	1,5 (0,0–3,5)	0,6 (0,1–2,6)	0,3 (0,0–2,8)
<b>mögliche psychotische Störungen<sup>5</sup></b>	4,5 (3,8–5,1)	6,4 (2,3–10,4)	1,4 (0,7–2,9)	1,4 (0,7–2,9)
<b>substanzbezogene Störungen<sup>6</sup></b>	10,1 (9,1–11,0)	8,9 (4,2–13,5)	0,8 (0,4–1,5)	0,7 (0,3–1,3)
<b>affektive Störungen</b>	18,2 (16,9–19,5)	24,9 (17,8–31,9)	1,4* (1,0–2,2)	1,5* (1,0–2,3)
<b>Angststörungen<sup>7</sup></b>	15,6 (14,4–16,7)	13,5 (7,8–19,1)	0,8 (0,5–1,3)	0,8 (0,5–1,3)
<b>somatoforme Störungen<sup>8</sup></b>	15,4 (14,2–16,5)	24,1 (17,0–31,1)	1,7** (1,1–2,5)	1,7** (1,1–2,6)
<b>Essstörungen</b>	0,8 (0,5–1,0)	0,6 (0,0–1,7)	0,8 (0,1–6,5)	0,8 (0,1–6,6)

Glaesmer et al., 2009:

- Repräsentative Stichprobe (Random Route, 258 Cluster)
- 2.161 Deutsche vs. 271 Personen mit Migrationshintergrund (mind. 1 Elternteil im Ausland geboren): 11%, 71% deutscher Pass; 37% keine eigene Migration.

	Nichtmigranten (n=2161)			Migranten (n=271)			Vergleichsstichprobe Parallelisierte (n=271)	Ergebnisse
	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt		
<b>Depressive Beschwerden</b>								
Major Depression	1,9% (22)	2,5% (24)	2,1% (46)	2,9% (4)	2,3% (3)	2,6% (7)	2,2% (6)	$\chi^2=0,000$
anderes depressives Syndrom	2,4% (28)	2,6% (25)	2,5% (53)	2,2% (3)	3,8% (5)	3,0% (8)	3,0% (8)	$\chi^2=0,000$
PHQ-9 (MW/SD)	2,62/3,4	2,23/3,4	2,44/3,4	2,59/4,1	2,15/3,5	2,38/3,8	2,39/3,4	t=0,055
<b>Somatoforme Beschwerden</b>								
Somatoformes Syndrom	4,3% (51)	3,9% (38)	4,1% (89)	7,1% (10)	2,3% (3)	4,8% (13)	4,1% (11)	$\chi^2=0,174$
	3,82/3,8	2,99/3,8	3,44/3,9	3,79/3,9	2,73/3,8	3,27/3,9	3,17 (3,8)	t=-0,310
<b>Angststörungen</b>								
Generalisierte Angst	0,9% (11)	0,8% (8)	0,9% (19)	2,2% (3)	1,5% (2)	1,9% (5)	0,4% (1)	$\chi^2=2,697$
PHQ-Angstscore (MW/SD)	5,19/2,5	5,38/2,9	5,25/2,6	5,35/3,0	5,38/2,9	5,36/2,9	5,44/2,7	t=0,162
<b>PTSD</b>								
Posttraumat. Belastungsstörung	4,5% (53)	2,8% (27)	3,7% (80)	6,4% (9)	3,8% (5)	5,2% (14)	5,5% (15)	$\chi^2=0,036$
PTDS-Score (MW/SD)	1,70/4,5	1,51/4,4	1,61/4,5	2,54/5,7	2,23/5,3	2,39/5,5	1,88/4,7	t=-1,140

\* für depressive Beschwerden wird die 2-Wochen-Prävalenz, für alle anderen die 4-Wochen-Prävalenz berichtet



# Patienten mit Migrationshintergrund in stationären Einrichtungen

(Koch et al., 2008; Schouler-Ocak et al., 2008, 2010)

- Arbeitsgruppe “Psychiatrie und Migration” der Bundesdirektorenkonferenz
- Stichtagsbefragung (16.7.2006)
- 131 von 350 angeschriebenen Kliniken, insgesamt 898 Stationen mit 18.724 Betten
- 601 Patienten aufgenommen am Stichtag

Schouler-Ocak et al.,  
2008

N=601

Größte Gruppe: F1

Größter Unterschied: F2

**Aber: Migrantenanteil  
in jeder Störungsgruppe  
überproportional**

Diagnosis categories	Frequency % (n)	Patients of immigrant origin % (n)	Non-immigrant patients % (n)	2 by 2 $\chi^2$ P
F1 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use	31.2 (192)	27.1 (61)	34.7 (131)	$\chi^2=2.69$ $P=0.101$
F2 Schizophrenia, schizotypal, and delusional disorders	24.1 (145)	31.0 (69)	20.0 (76)***	$\chi^2=10.73$ $P=0.001$
F3 Mood [affective] disorders	24.6 (148)	22.2 (50)	26.0 (98)	$\chi^2=0.69$ $P=0.405$
F4 Neurotic, stress-related, and somatoform disorders	8.4 (51)	7.1 (16)	9.2 (35)	$\chi^2=0.63$ $P=0.427$
F6 Disorders of adult personality and behaviour	5.3 (32)	6.7 (15)	4.5 (17)	$\chi^2=1.58$ $P=0.209$
Other disorders	5.5 (33)	5.6 (13)	5.3 (20)	$\chi^2=2.26$ $P=0.133$

*df* = 1 for all chi-square tests  
\*\*\* $P=0.001$

Koch et al., 2008

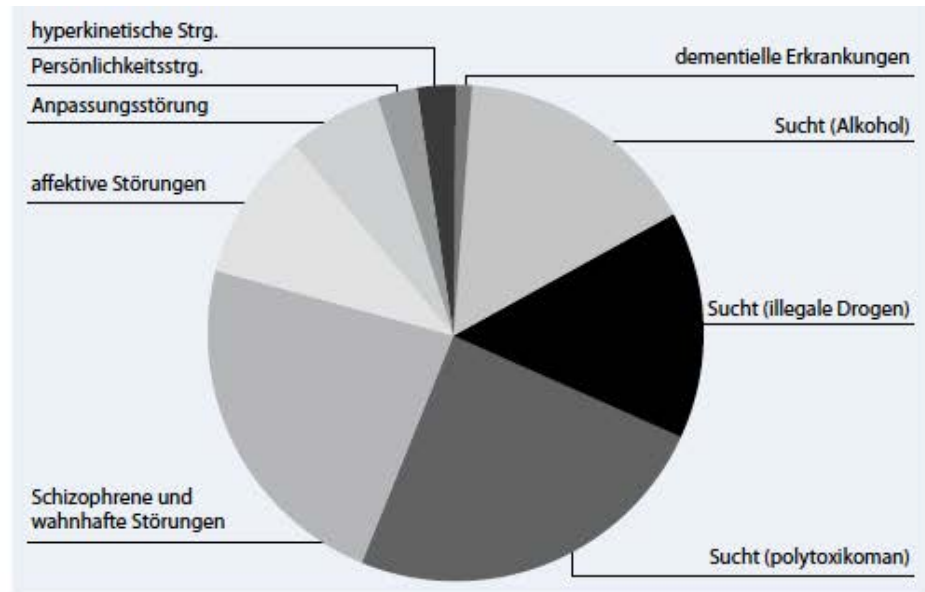
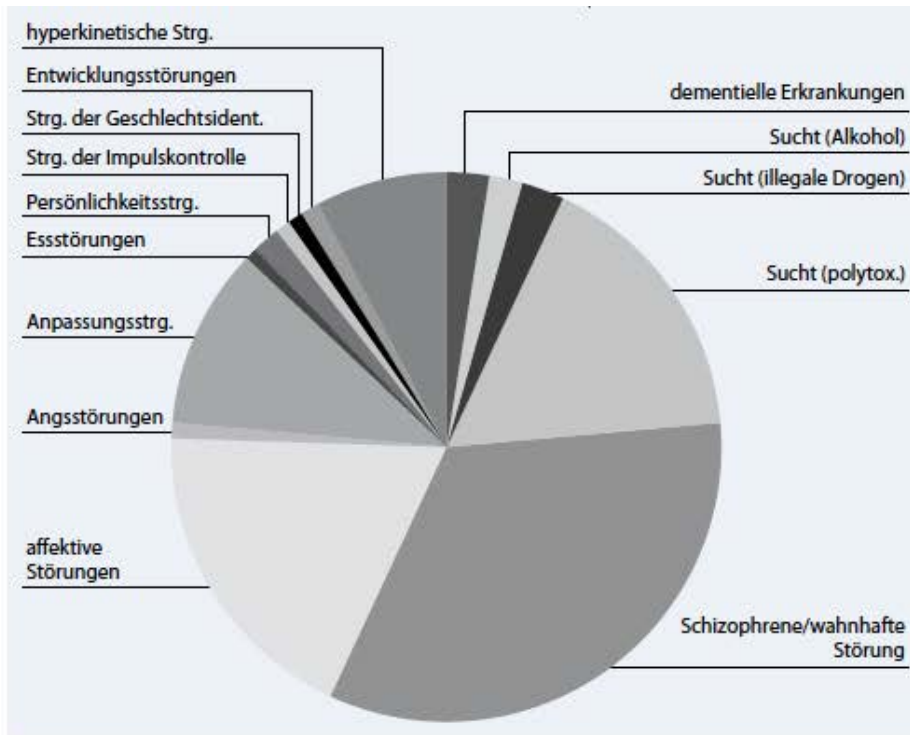


Abb. 3 ▲ Diagnosenverteilung bei Migranten osteuropäischer Herkunft

Abb. 2 ◀ Diagnosenverteilung bei Migranten türkischer Herkunft





# Vergleich 1. und 2. Generation

(Schouler-Ozak et al., 2010)

- 1. Generation: mehr affektive Störungen
- 2. Generation: Mehr Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Aber: Alterseffekt!



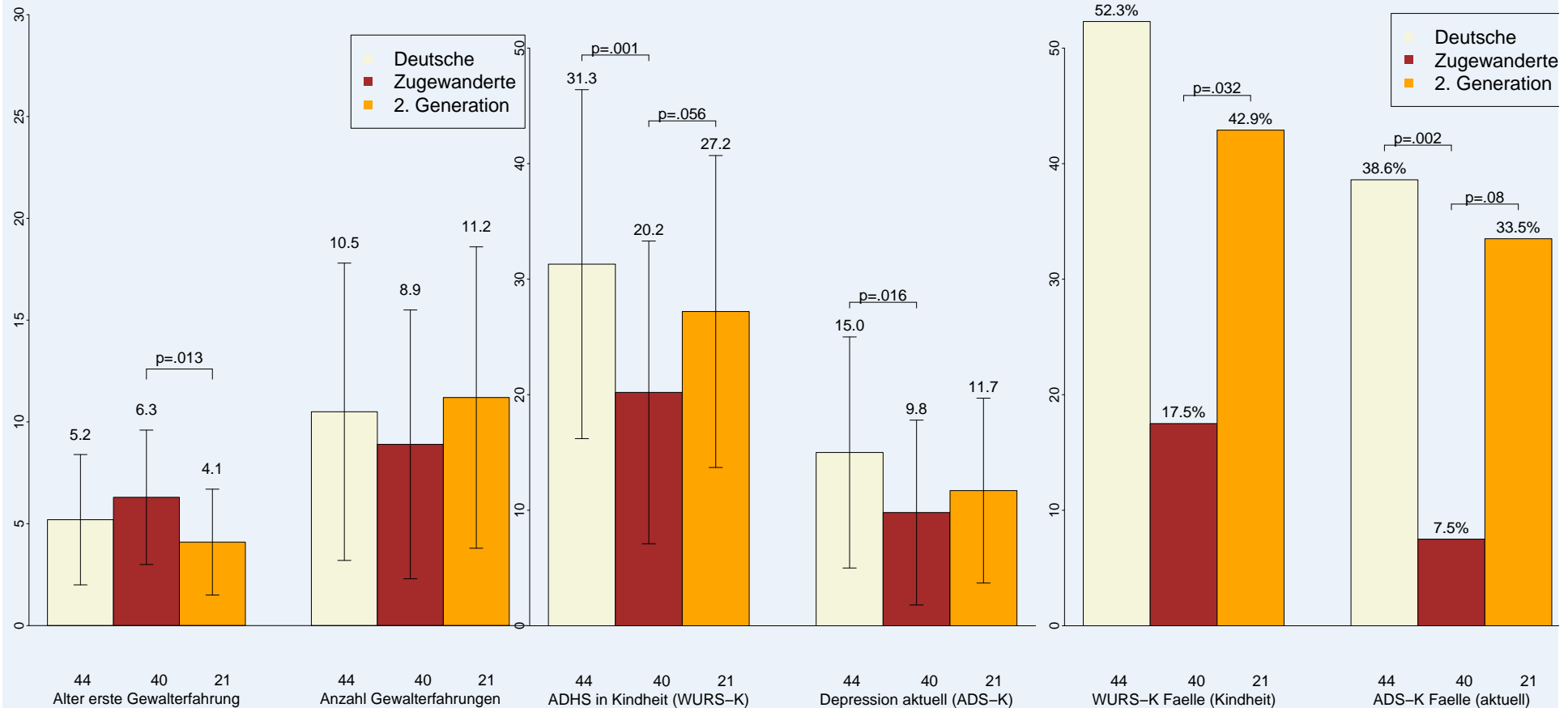
# Migranten und Deutsche in der Suchthilfe

(Odenwald et al., in Vorbereitung)

B) Gewalterfahrung in Familie (M, SD)

A) Psychopathologie-Skalen (M, SD)

B) Screening Faelle (Prozent)





- Unterschiedliche Symptome & Erkrankungen?
- Unterschiedliche Prävalenz, Risikofaktoren?
- **Unterschiedliche Inanspruchnahme?**
- Unterschiedliche Konzepte?
- Unterschiedliche Diagnostik & Therapie?



**ROBERT KOCH INSTITUT**  
Statistisches Bundesamt



Schwerpunktbericht der  
Gesundheitsberichterstattung  
des Bundes

**Migration und Gesundheit**



# Versorgung von Migranten

- Geringere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen
- Gründe
  - Versicherungsstatus (Asylbewerber, generelle Unkenntnis)
  - Kommunikationsprobleme (Sprache, Tabus)
  - Krankheitsverständnis
  - Nutzungsverhalten (Diskriminierungserfahrungen, Rollenverständnis, Notaufnahmen, “Doctor Hopping”)
  - Migrationsspezifische Erfahrungen (z.B. Angst vor vor Verlust des Aufenthaltsstatus, Traumatisierung)



# Prävention

- Nutzung von Präventionsangeboten bei Migranten generell geringer (alle Altersgruppen)
- Z.B. geringere Durchimpfungsquote, geringere Teilnahme an Frühererkennung
- Spezifische Angebote für Migranten

## Anliegen der Präventionsprojekte

Quelle: Datenbank »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«, eigene Berechnung

Handlungsfelder zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens	Prozentual von n = 864 (Mehrfachnennungen möglich)
Bewältigungsressourcen (z. B. zur Konfliktlösung)	65,6 %
Stressbewältigung	44,4 %
Gewaltprävention	41,3 %
Ernährung	37,7 %
Alkoholprävention	35,8 %
Prävention von Medikamentenmissbrauch	31,6 %
Drogenprävention	31,3 %
Sexualverhalten	30,1 %
Sport und Bewegung	29,9 %
Rauchprävention	23,6 %
AIDS-Prävention	23,5 %
Unfallprävention	8,8 %



# Inanspruchnahme von Psychotherapie

- Keine direkten Daten existent
- Indirekte Daten (Baschin et al., 2012)
- Subgruppen (Hoffmann, 2004, 2009)
- Krankenhausdaten (Koch et al., 2008):

**Tab. 1 Anteil von Migranten in psychiatrischen Kliniken im Vergleich zum Anteil an der Wohnbevölkerung**

Autor	Region	Anteil in der psychiatrischen Klinik	Anteil an der Wohnbevölkerung
Häfner [10]	Mannheim	6,2%	11,8%
Holzmann et al. [11]	Frankfurt	15,7%	29,5%
Beck u. Hoffmann [1]	Reichenau	5,5%	10%
Wolfersdorf et al. [21]	Bayreuth	3,6%	ca. 7%

PSYCHOSOZIALE HILFE FÜR MIGRANTEN

## Lerne Deutsch oder leide

Unter Einwanderern breiten sich seelische Krankheiten überproportional aus. Doch sie finden keine psychotherapeutische Hilfe. Das hat teure Folgen

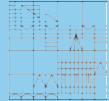
von Martin Spiewak | 20. Mai 2010 - 08:00 Uhr

© Boris Roessler/dpa



Einsam in Deutschland. Wenn Migranten psychologische Hilfe brauchen, haben sie es besonders schwer





# Monitoring-Studie im LK KN

- Frage: Wie groß ist der Anteil der Migranten unter den Patienten in der Suchthilfe? Und: Wie gut “funktioniert” das Netzwerk der verschiedenen Suchthilfeeinrichtungen?
- Beteiligte Institutionen:
  - Stationär: ZPR, Hausen im Tal, Wiesengrund
  - Ambulant: DROBS, bwlv, AGJ
  - Teilstationär: Tagesklinik Konstanz
- 12 Monate ab 15.3.2009
- 2.730 Aufnahmen erfasst
- Jeder Patient/Klient bekommt einzigartigen Code



## A - Alkohol

	<b>Stationäre Ent- zugsbehandlung</b>	<b>Teilstationäre Behandlung</b>	<b>Ambulante Beratungsstelle</b>
Gesamtzahl der Auf- nahmen	783	92	948
Anteil mit Migrationshin- tergrund	<b>18,7% (146)</b>	<b>21,7% (20)</b>	<b>19,6% (186)</b>
<b>Deutsche mit Migrationshintergrund:</b>			
Gesamt:	<b>11,1% (87)</b>	<b>10,9% (10)</b>	<b>10,0% (95)</b>
Spätaussiedler:	5,6% (44)	7,6% (7)	3,6% (34)
EU:	2,6% (20)	2,2% (2)	2,0% (19)
Nicht-EU:	2,9% (23)	1,1% (1)	1,6% (15)
			ohne Angaben 2,8% (27)
<b>Ausländer:</b>			
Gesamt:	<b>7,5% (59)</b>	<b>10,8% (10)</b>	<b>9,6% (91)</b>
EU:	3,8% (30)	6,5% (6)	4,3% (41)
Nicht-EU:	3,7% (29)	4,3% (4)	5,3% (50)

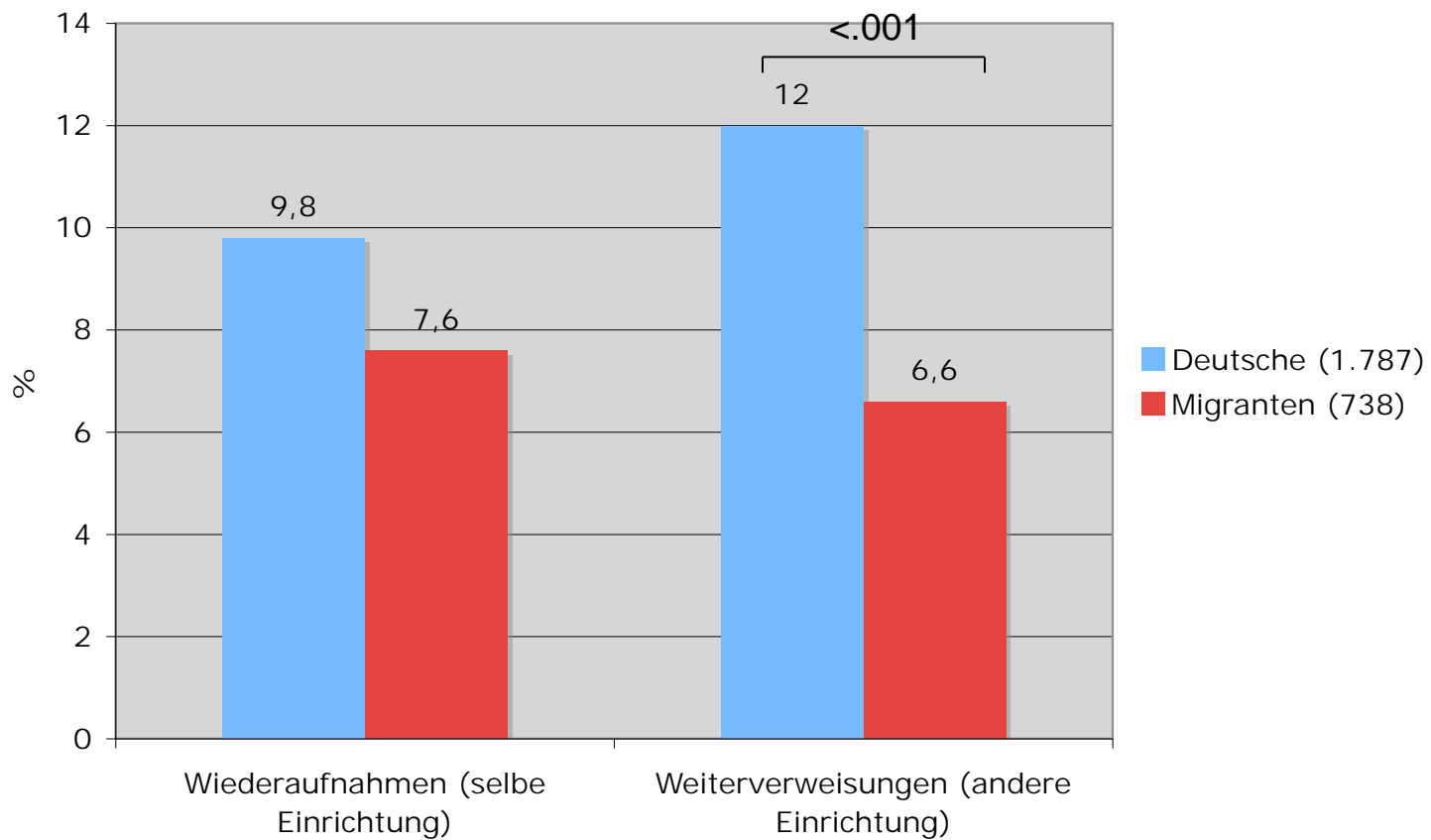


## B - Drogen

	<b>Stationäre Ent- zugsbehandlung</b>	<b>Stationäre Langzeitreha</b>	<b>Ambulante Beratungsstelle</b>
Gesamtzahl der Auf- nahmen	444	194	269
Anteil mit Migrationshin- tergrund	<b>54,7% (243)</b>	<b>46,9% (91)</b>	<b>42,4% (114)</b>
<b>Deutsche mit Migrationshintergrund:</b>			
Gesamt:	<b>45,7% (203)</b>	<b>33,0% (64)</b>	<b>30,1% (81)</b>
Spätaussiedler:	32,9% (146)	22,2% (43)	14,4% (46)
EU:	5,4% (24)	3,6% (7)	8,2% (22)
Nicht-EU:	6,1% (27)	7,2% (14)	4,8% (13)
<b>Ausländer:</b>			
Gesamt:	<b>9,0% (40)</b>	<b>13,4% (26)</b>	<b>10,8% (10)</b>
EU:	4,5% (20)	3,6% (7)	6,5% (6)
Nicht-EU:	4,5% (20)	9,8% (19)	4,3% (4)



### Folgebehandlungen (alle)



# Sonnenberger Leitlinien:

(Machleidt, 2002)

1. Zugangserleichterung
2. Multikulturelle Behandler teams
3. Psychologisch geschulte Fachdolmetscher
4. Intersektorale Kooperation
5. Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen
6. Verbesserung der Information
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung
8. Familienbasierte Prävention
9. Selbsthilfegruppen
10. Qualitätsstandards für die Begutachtung
11. Lehre an Hochschulen
12. Forschung



# Steigerung der Inanspruchnahme durch interkulturelle Öffnung

- Muttersprachliche Therapeuten (z.B. Marburg: Koch, 2002)
- Geschulte Laien aus den Gemeinschaften als Lotsen, Vermittler, Scouts (z.B. Ethnomedizinisches Zentrum Hannover)



- Unterschiedliche Symptome & Erkrankungen?
- Unterschiedliche Prävalenz, Risikofaktoren?
- Unterschiedliche Inanspruchnahme?
- **Unterschiedliche Konzepte?**
  - Erklärung von Erkrankung, Erwartung an Therapie
- Unterschiedliche Diagnostik & Therapie?

Tabelle 2

**Vergleich von Bezogenheit und Autonomie in den Dimensionen von Kultur, Familie und Individuum.  
(Mod. nach Fisek1998)**

	<b>Türkei/ Traditionell/ Prototyp: traditionelle Gesellschaft</b>	<b>Türkei/ Modern/ Prototyp: Schwellenland</b>	<b>Westlicher Prototyp</b>
<b>Kultur</b>			
Sozialstruktur	Autoritär Hierarchisch	Autoritär-egalitär/ Tendenziell demokratisch	Egalitär Demokratisch
Beziehungsorientierung	Gemeinschaftsorientierung durch äußere Kontrolle	Gemeinschaftsorientierung durch äußere Kontrolle	Individualistisch Gemeinschaftsorientierung durch persönliche Verantwortung
<b>Familie</b>			
Hierarchie Nähe/Kohäsion	Ausgeprägt Hoch	Teils ausgeprägt Hoch	Schwach Niedrig
<b>Individuum</b>			
Ich-Struktur Beziehungsstil	Familien-Ich Nähe durch Bezogenheit	Individuiertes Familien-Ich Nähe durch Bezogenheit	Individuiertes Ich Nähe durch Autonomie



Ursula Brucks (2004): Psychische Erkrankungen werden durch körperliche Symptome ausgedrückt

### Abb. 1 Das „Einverständnis im Missverständnis“ (3)

Somatisierung  
psychosozialer  
Probleme



*P denkt:* Er sollte sich Mühe mit mir geben, mich untersuchen, mit mir sprechen. Aber er hat soviel Wissen, vielleicht helfen mir wenigstens die Medikamente.

*A denkt:* Sie ist überfordert durch Beruf, Familie und als Ausländerin. Aber sie hat keine Introspektionsfähigkeit. Wie soll ich mit ihr darüber reden?

Medikalisierung  
sozialer  
Problemlagen



# Türkische und deutsche Hausarztpatienten:

Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen  
(Ferber, Köster & Celayir-Erdogan, 2003)

- Studie in Wartezimmern (vor und nach dem Arztkontakt)
- Vergleich von türkischen (216) und deutschsprachigen Patienten (357) unter 60
- Muttersprachige Interviewer, 96% Teilnahmebereitschaft
- Beide Gruppen vergleichbar, 38 Jahre, ca. die Hälfte männlich, Bildung bei Türken schlechter



# Arzneimittelerwartungen und Verordnungen

	Deutsche Patienten (367)	Türkische Patienten (216)	p
“Gegen meine Erkrankung helfen nur Medikamente”	34%	49%	<.05
“Ich erwarte von meinem Arzt heute, dass er ein Rezept schreibt.”	17%	33%	<.05
Wunsch nach Beratung oder Gespräch	27%	18%	<.05

Einfluss auf die Verordnung von Medikamenten haben:

Art der Erkrankung, Arzneimittelerwartung

Keinen Einfluss haben:

Nationalität, Schmerzen



# Suchtkonzepte

(Penka et al., 2003, 2008)

- Deutsche und Russlanddeutsche:
  - Unterscheidung illegale Drogen vs. Alkohol+Nikotin
- Türken:
  - keine Unterscheidung, alle Substanzen “unrein”, “Schande”
  - “Körperliche Abhängigkeit” irrelevanter Begriff; Glaube, mit starkem Willen kann man den Konsum aufgeben

# „Kodieren“

- Alkohol-Behandlung nach der Methode von Dr. Alexander Dovzhenko (1919 – 1995)
- Standard-Therapie in Russland, Ostblock
- Disulfiram Verabreichung, z.B. Depotinjektion oder Implantieren einer Kapsel unter die Haut
- Disulfiram-Versuch
- Angstinduktion: „Wenn Sie nun Alkohol trinken, werden Sie sterben“
- Übertreibung der echten Wirkung

# Marketplace *Russia Rx*

LATEST STORIES • SONGS • PODCASTS • ELECTIONS 2012 • PICTURE THIS: MIDDLE CLASS

RUSSIA RX

f Gefällt mir

Tweet 2

Share 4

## The killer cure for alcoholism in Russia

10



Gregory Warner/Marketplace

Dr. Vachyeslav Davidov shows reporter Gregory Warner the chemical that he will implant under his butt cheek.



[Subscribe to podcast](#) | [Download audio](#) | [Embed player](#) | [Audio player assistance](#) | [Pop-Up](#)



Support  
Marketplace

by *Gregory Warner*  
*Marketplace for March 3, 2011*

TRANSCRIPT



- Unterschiedliche Symptome & Erkrankungen?
- Unterschiedliche Prävalenz, Risikofaktoren?
- Unterschiedliche Inanspruchnahme?
- Unterschiedliche Konzepte?
- **Unterschiedliche Diagnostik & Therapie?**

# Interkulturelle Diagnostik

- Anforderungen an Instrumente:
  - Nicht bloße Übersetzung
  - Sondern Validierung in jeweiliger Kultur
- Wenige Instrumente erfüllen diese Voraussetzung
- Bsp.: Somali PDS (Odenwald et al., 2007) – interkulturelles Team
  - „Stress“
  - Frage nach sexuellen Traumata





- Psychotherapeuten empfinden Arbeit mit Migranten als schwierig (Möske et al., 2012; Odening et al., 2013, Wohlfahrt et al., 2006):
  - Divergierende Werte zwischen Behandler und Patient,
  - Unterschiedliche Krankheits- bzw. Heilungskonzepte
  - Sprachliche Verständigungsprobleme

## Tabelle 3

# Hilfreiche Haltung im interkulturellen Therapiesetting

---

1. **Joining und Interkulturelle Offenheit**  
Akzeptanz des „Fremden“  
Klärung des interkulturellen Beziehungsaspektes  
Prüfung der Therapieziele auf Tragbarkeit in der ethnischen Gruppe
2. **Aktive, unterstützende Interventionen**
3. **Förderung der Individuation**
4. **Aktivierung der Ressourcen des Kollektivs**  
Zusammenarbeit mit einem „progressiven Familienmitglied“
5. **Kultursensitive Interventionen**



# Interkulturelle Kompetenz

„Die Ausbildung inter-/transkultureller Kompetenzen bedeutet die **(Weiter-)Entwicklung einer persönlichen Haltung** von Offenheit, Neugier und der Fähigkeit, unterschiedliche Meinungen und Haltungen wahrnehmen und aushalten zu können. Bei der Auseinandersetzung mit „dem Anderen“ geht es in erster Linie um die **Auseinandersetzung mit sich selbst und der eigenen kulturellen Eingebundenheit.**“

(Möske & v. Lersner, 2013)



Europäische Union  
Europäischer  
Integrationsfonds  
(EIF)

## *„Kultursensibel – aber wie?“*

Leitlinien für Trainings inter-/transkultureller  
Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung  
von Psychotherapeut\_innen



## Datengewinnung

Internationale  
Literatur-  
recherche

Behandler-  
Befragung

Fokusgruppen

Experten-  
befragung

## Konsensusprozess

Zusammenführung der Ergebnisse und  
Erstellung des Konsensdokuments

Externe Evaluation des  
Konsensdokuments

Auswertung der Evaluation: Kürzung und  
Modifikation des Konsensdokuments

Abschlussveranstaltung:  
Verabschiedung der Leitlinien

(Möske & v. Lersner, 2013)

## **Obligatorische Lernziele: Die Teilnehmenden...**

(Möske & v. Lersner, 2013)

- reflektieren eigene Stereotype und Vorurteile.
- reflektieren eigene Werte und Normkonflikte im psychotherapeutischen Kontext.
- verfügen über Kenntnisse und Fertigkeiten zur kultursensiblen klinischen und testpsychologischen Diagnostik und deren Limitationen.
- kennen grundlegende Begriffe und Konzepte für das Gebiet der inter-/transkulturellen Psychotherapie und reflektieren diese kritisch.
- verfügen über Kenntnisse und Fertigkeiten zu dem Thema Dolmetschen im inter-/transkulturellen Kontext.
- verfügen über Kenntnisse und Fertigkeiten zu der Bedeutung von Sprache & Kommunikation im inter-/transkulturellen Kontext.
- begreifen Aneignung inter-/transkultureller Kompetenz als Lernprozess in der Herausbildung einer eigenen Haltung.
- werden für die Akzeptanz und den proaktiven Umgang mit Nicht-Wissen sensibilisiert.
- verfügen über Kenntnisse zur Epidemiologie psychischer Störungen und des entsprechenden Inanspruchnahmeverhaltens von Menschen mit Migrationshintergrund und können dazu kritisch reflektieren.
- werden sich der Relevanz therapeutischer Basisvariablen auch für inter-/ transkulturelle Psychotherapie bewusst.
- kennen wichtige Fakten und Modelle zum Thema Migration.
- verfügen über Kenntnisse zur Versorgung und Versorgungsqualität bei Menschen mit Migrationshintergrund.

## **Obligatorische Lernziele: Die Teilnehmenden...**

(Möske & v. Lersner, 2013)

- reflektieren eigene Stereotype und Vorurteile.
- reflektieren eigene Werte und Normkonflikte im psychotherapeutischen Kontext.
- verfügen über Kenntnisse und Fertigkeiten zur kultursensiblen klinischen und testpsychologischen Diagnostik und deren Limitationen.
- kennen grundlegende Begriffe und Konzepte für das Gebiet der inter-/transkulturellen Psychotherapie und reflektieren diese kritisch.
- **verfügen über Kenntnisse und Fertigkeiten zu dem Thema Dolmetschen im inter-/transkulturellen Kontext.**
- verfügen über Kenntnisse und Fertigkeiten zu der Bedeutung von Sprache & Kommunikation im inter-/transkulturellen Kontext.
- begreifen Aneignung inter-/transkultureller Kompetenz als Lernprozess in der Herausbildung einer eigenen Haltung.
- **werden für die Akzeptanz und den proaktiven Umgang mit Nicht-Wissen sensibilisiert.**
- verfügen über Kenntnisse zur Epidemiologie psychischer Störungen und des entsprechenden Inanspruchnahmeverhaltens von Menschen mit Migrationshintergrund und können dazu kritisch reflektieren.
- **werden sich der Relevanz therapeutischer Basisvariablen auch für inter-/ transkulturelle Psychotherapie bewusst.**
- kennen wichtige Fakten und Modelle zum Thema Migration.
- verfügen über Kenntnisse zur Versorgung und Versorgungsqualität bei Menschen mit Migrationshintergrund.

# Systemimmanenz

Fiengenbaum & Tuschen-Caffier (2000, S. 34):

„...Damit ist gemeint, dass sich der Therapeut in das kognitive und emotionale System der Patienten hineinversetzt und deren Einstellungen, Gefühle oder Bedenken antizipiert, verbalisiert und gegebenenfalls zu entpathologisieren versucht...“



# Systemimmanentes Vorgehen

(Wolfgang Fiegenbaum)

- Vertrauensaufbau zentral
- Förderung der Bereitschaft, sich auf eine Therapie einzulassen
- Wertesystem, Erklärungsmuster, kognitiven Bezugsrahmen, Zielvorstellungen des Patienten verstehen und aufgreifen
- Erarbeitung eines
  - Störungs-/Erklärungs-Modells
  - Behandlungs-/Veränderungs-Modells



# Wie das System verstehen?

- Muttersprachliche Therapeuten
- Multikulturelle Teams
- Interkulturelle Inter-/Supervision
- Sprachmittler als Kulturmittler
- Trainings zu Kultursensiblen Vorgehen

# RATGEBER FÜR PROBLEME IN DER FAMILIE

**No.1**  
2010  
DE | RU

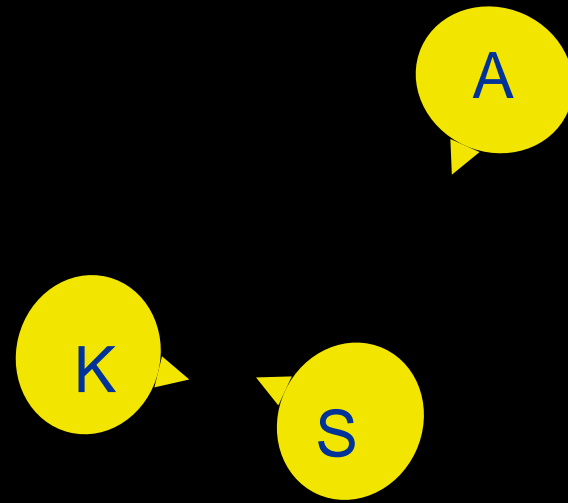


**THEMA**

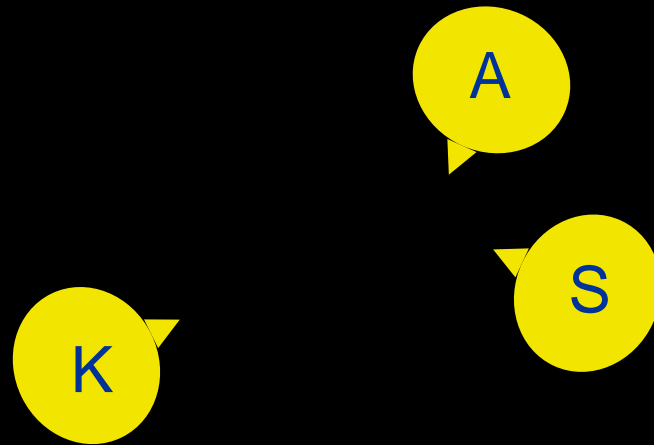
ALKOHOL, MEDIKAMENTE, DROGEN  
FÜR ALLE, DIE WISSEN WOLLEN WAS MAN TUN KANN!



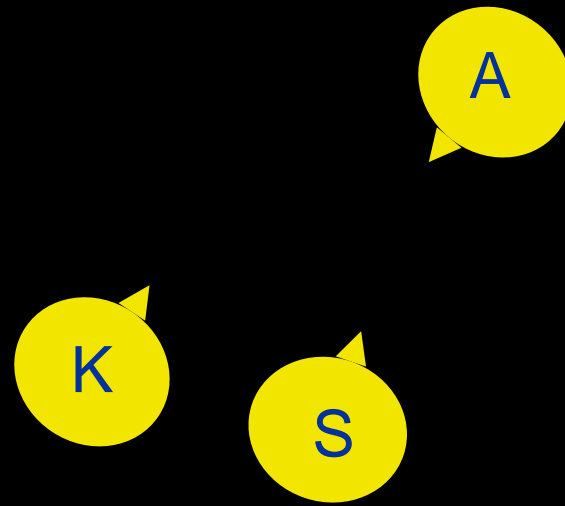
# Was ist das Problem?



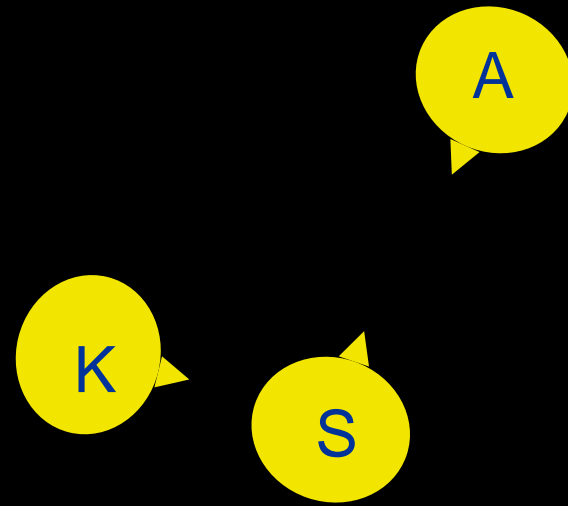
# Was ist das Problem?



# Was ist das Problem?

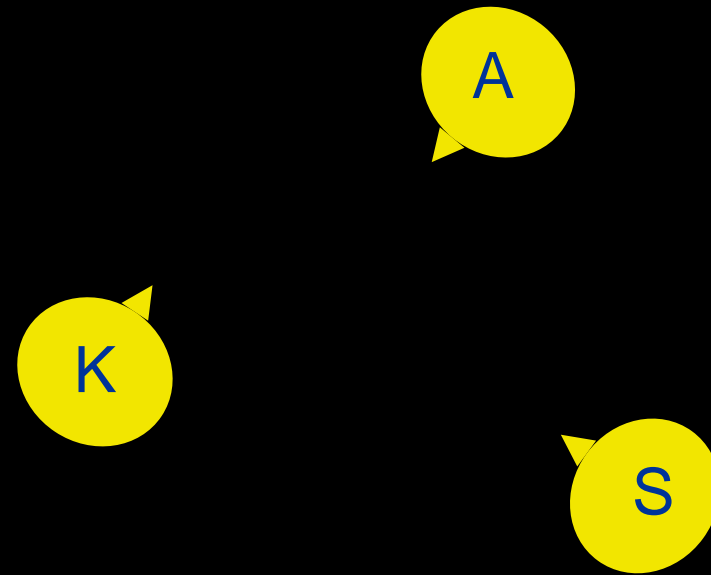


# Was ist das Problem?





# Ideale Sitzordnung





# Rolle der Dolmetscher

## **Sprachmittler**

Reduktion auf bloße  
Übersetzungsmaschine

Wiederholt Worte des  
Patienten

Hält sich raus/neutral



## **Kulturmittler**

Aufwertung zum  
Experten

Formuliert eigene  
Gedanken/Inputs

Bezieht Stellung

# Regeln für Sprachmittlung

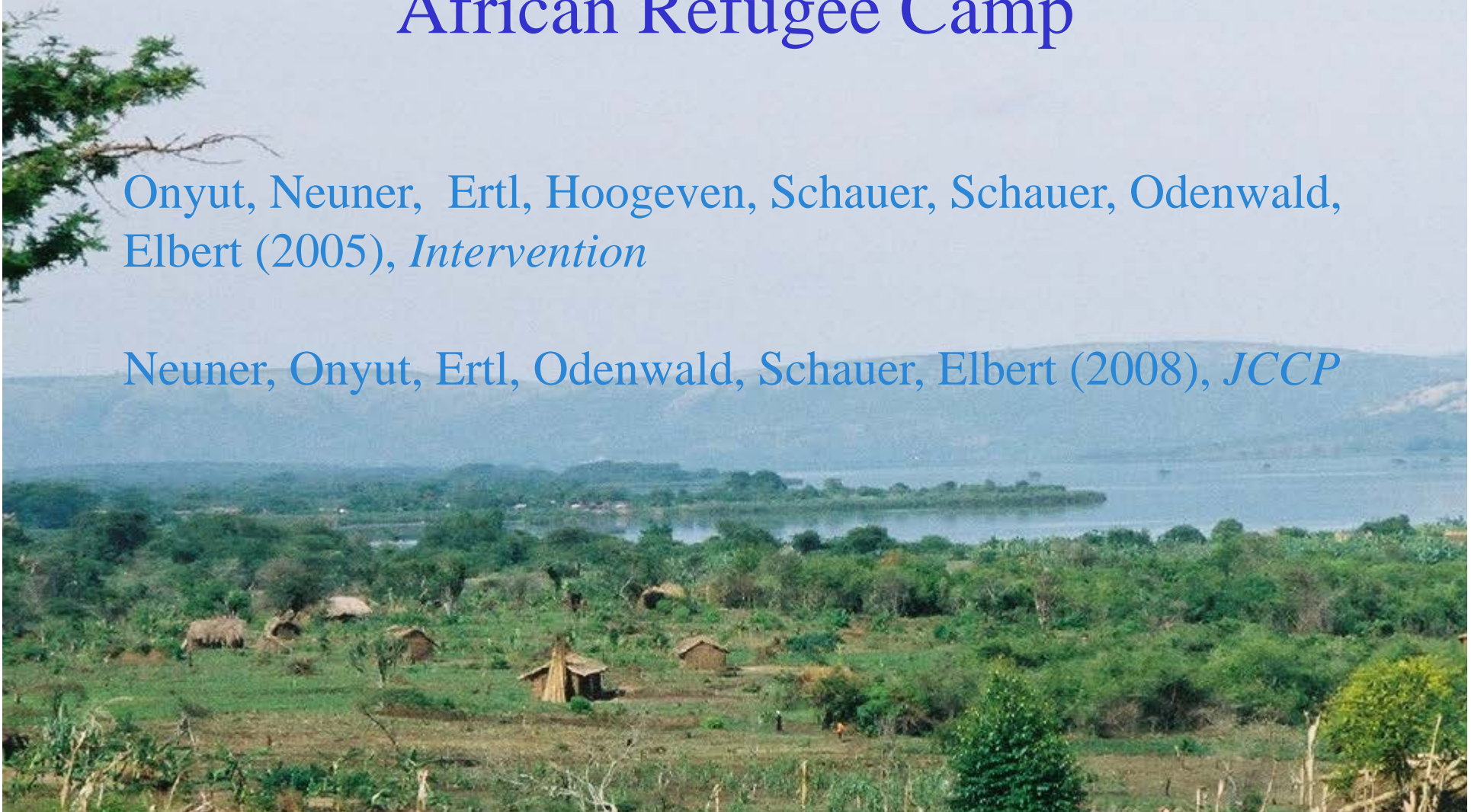
- Vorab-Klärung der Rollen, Regeln, Ablauf  
u.a. Schweigepflicht, Sprechlänge, Sprachniveau
- Arzt und Patient sprechen zueinander  
daher „1:1“-Übersetzung, Rückzug, Verständnisfragen
- Professionell und neutral  
auf persönliche Beziehungsangebote nicht eingehen
- Zwei Ebenen: Dolmetschen und Meta-Ebene  
(Kommentar, Beobachtung)  
beide Ebenen müssen voneinander getrennt sein
- Eigene Probleme des Sprachmittlers  
danach thematisieren

Beispiele:  
Psychotherapie im  
interkulturellen Kontext

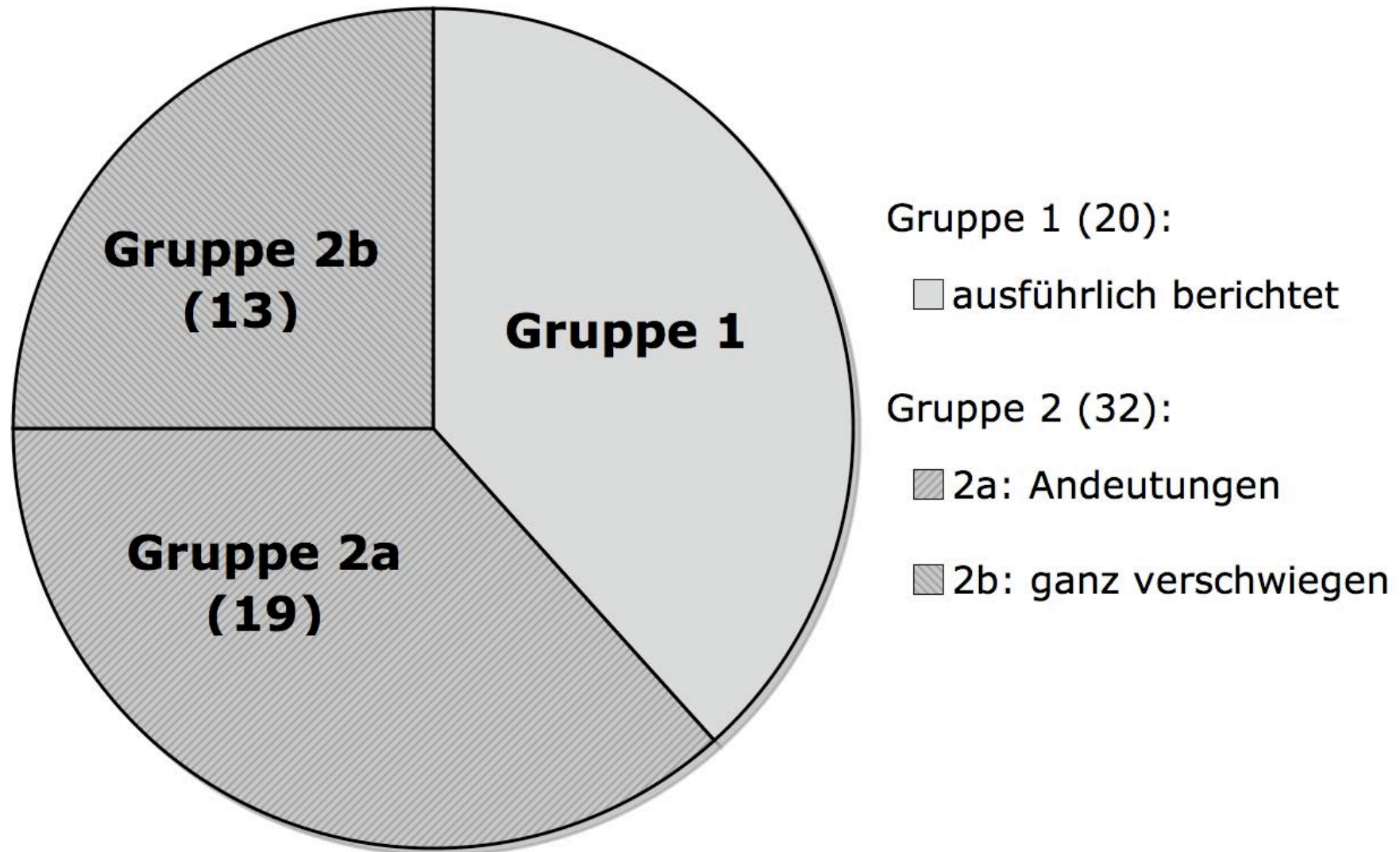
# The Nakivale Refugee Camp Project: Building Capacity to Provide Trauma Intervention in an African Refugee Camp

Onyut, Neuner, Ertl, Hoogeveen, Schauer, Schauer, Odenwald, Elbert (2005), *Intervention*

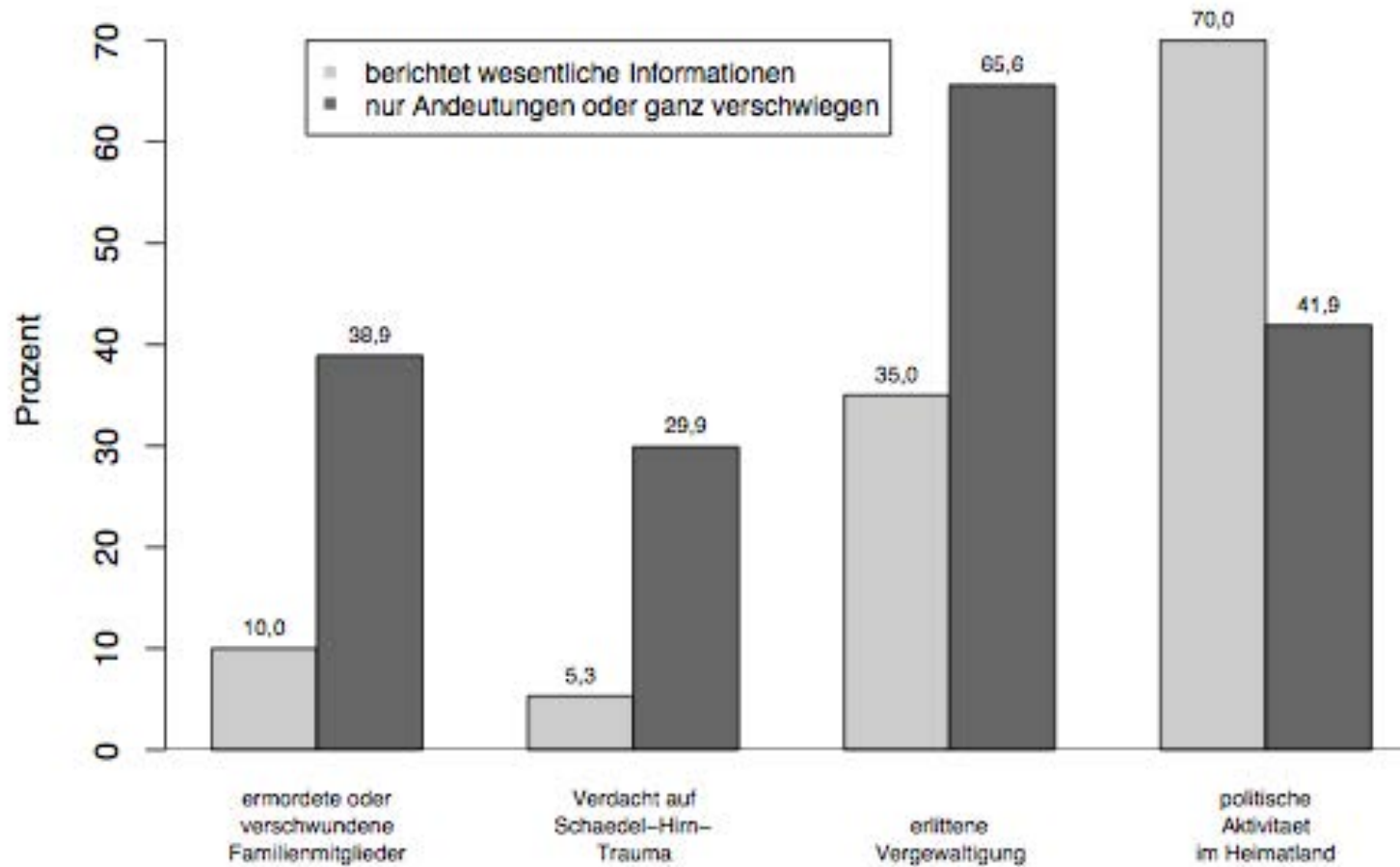
Neuner, Onyut, Ertl, Odenwald, Schauer, Elbert (2008), *JCCP*



## Ausführlichkeit des Berichts in der Erstanthörung bei 52 traumatisierten Asylbewerbern



**Variablen aus dem Verfolgungsschicksal,  
die mit dem Berichtgeben in der Erstanhoerung in Zusammenhang stehen**



Odenwald et al. (2006)

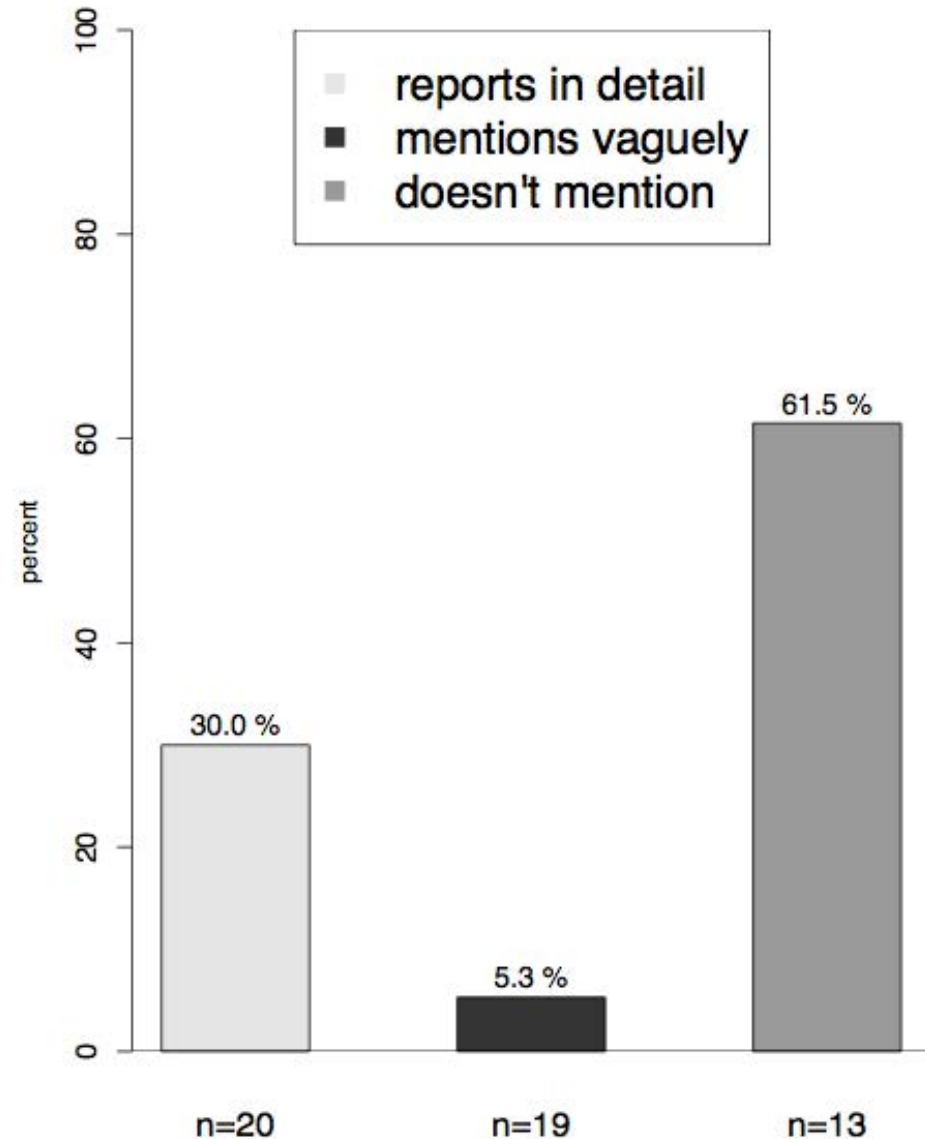
# Suizid- versuche

Insgesamt 15 Fälle  
mit Suizidversuchen  
seit Erleben der  
traumatischen  
Ereignisse

8 von 13 Personen  
in Gruppe 3 (völlig  
verschwiegen)

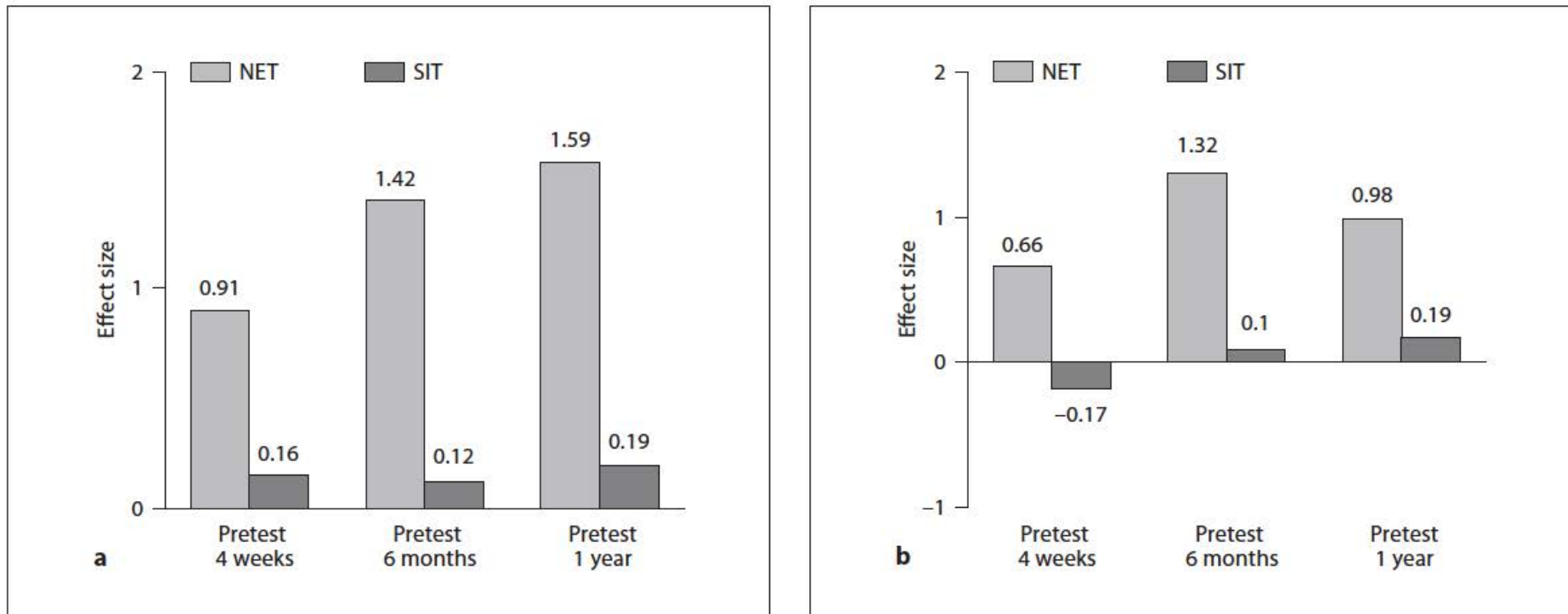
Odenwald et al. (2006)

**Suicide attempts in three groups  
of asylum seekers with PTSD**





# Asylbewerber in Deutschland



**Fig. 2.** Effect sizes (Cohen's  $d$ ) for changes in CAPS (a) and HAM-D scores (b) over time.

Hensel-Dittmann et al., 2011



# Herausforderungen für die klinische Praxis

- Symptome genau verstehen
- Erklärungsmodelle und Erwartungen verstehen
- Psychotherapie im interkulturellen Kontext ist möglich:
  - Systemimmanenz
  - Therapeutische Basisvariablen
  - Interkulturelle Kompetenzen
- Versorgung: Steigerung der Inanspruchnahme

Danke für Ihre Aufmerksamkeit