

Assion ■ Ueberberg ■ Kaaz

# Manual Interkulturelle Psychoedukation

## für Menschen mit Migrationserfahrung

Online: Arbeitsmaterialien auf Türkisch und Arabisch



Assion ■ Ueberberg ■ Kaaz

# Manual Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung

---

This page intentionally left blank

Assion ■ Ueberberg ■ Kaaz

# Manual Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung

---

Online:

Arbeitsmaterialien auf Türkisch und Arabisch

Zusätzlich zum Download finden Sie Übungen, Arbeitsblätter und Abbildungen  
unter [www.schattauer.de/assion](http://www.schattauer.de/assion)

## Professor Dr. med. Hans-Jörg Assion

Ärztlicher Direktor  
LWL-Klinik Dortmund, Abt. Allgemeine Psychiatrie I  
Marsbruchstr. 179  
44287 Dortmund  
hans-joerg.assion@lwl.org

## Dr. Bianca Ueberberg

LWL-Klinik Dortmund, Bereich Wissenschaft & Forschung  
bianca.ueberberg@lwl.org

## Tatjana Kaaz

LWL-Klinik Dortmund, Bereich Wissenschaft & Forschung  
tatjana.kaaz@lwl.org



Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig!  
Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter [www.schattauer.de/feedback](http://www.schattauer.de/feedback)  
oder direkt über QR-Code.

### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

### Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist

ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2018 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3,  
70174 Stuttgart, Germany  
E-Mail: [info@schattauer.de](mailto:info@schattauer.de)  
Internet: [www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)  
Printed in Germany

Lektorat: Marion Lemnitz, Berlin  
Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani, Stuttgart  
Umschlagabbildung: © Route 55, [www.shutterstock.com](http://www.shutterstock.com)  
Satz: abavo GmbH, Buchloe  
Druck und Einband: Westermann Druck Zwickau GmbH, Zwickau

Auch als E-Book erhältlich:  
ISBN 978-3-7945-9129-9

ISBN 978-3-7945-3294-0

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung: Psychoedukation und Migration . . .</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>	<b>Modul 3: Gesundheitssystem in Deutschland . . . . .</b>	<b>36</b>
1.1	Hintergrund . . . . .	1		<b>Gesundheitssystem in Deutschland . . . . .</b>	<b>40</b>
1.2	Umsetzung in der Praxis . . . . .	2		Leistungen der Krankenversicherung . . . . .	42
1.3	Kultursensibilität . . . . .	3		Der Arztbesuch . . . . .	43
1.4	Fallvignetten . . . . .	5		Das Krankenhaus . . . . .	46
1.5	Schlussfolgerungen . . . . .	6		Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung . . . . .	48
<b>2</b>	<b>Psychoedukation für Personen mit Migrationshintergrund . . . . .</b>	<b>9</b>	<b>3.4</b>	<b>Modul 4: Vorsorge und Rückfallschutz . . . . .</b>	<b>55</b>
2.1	Grundlegendes zur Psychoedukation. . . . .	9		Vorsorge und Rückfallschutz . . . . .	59
2.2	Rahmenbedingungen und strukturelle Aspekte . . . . .	9		Schlafhygiene . . . . .	63
2.3	Struktur der Sitzungen. . . . .	10		Stressbewältigung . . . . .	68
2.4	Therapeutische Methodik . . . . .	11	<b>3.5</b>	<b>Modul 5: Psychische Erkrankungen . . . . .</b>	<b>74</b>
<b>3</b>	<b>Module der Psychoedukation für Patienten mit Migrationshintergrund . . . . .</b>	<b>13</b>		Psychische Erkrankungen . . . . .	82
3.1	Modul 1: Migration . . . . .	13		Depression . . . . .	84
	Gruppenregeln. . . . .	17		Schizophrenie . . . . .	91
	Erwartungen und Ziele . . . . .	18		Angststörung . . . . .	99
	Migration. . . . .	19		Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). . . . .	108
	Hintergrundwissen . . . . .	20		Sucht. . . . .	114
	Selbstfindung im Migrationsprozess. . . . .	21			
3.2	Modul 2: Integration und soziale Kontakte . . . . .	25	<b>Beispiele online:</b>		
	Integration und soziale Kontakte. . . . .	28		Musterseiten Türkisch . . . . .	119
	Kommunale Angebote . . . . .	30		Musterseiten Arabisch . . . . .	127
	Hilfsangebote . . . . .	31			
	Freizeitangebote . . . . .	34	<b>4</b>	<b>Literatur . . . . .</b>	<b>135</b>

This page intentionally left blank

# 1 Einleitung: Psychoedukation und Migration

## 1.1 Hintergrund

Der Begriff des **Migrationshintergrundes** ist wie folgt definiert:

### Definition

»Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt.« (Statistisches Bundesamt 2017)

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2017) lag in Deutschland die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund im Jahr 2015 bei rund 17,1 Millionen, somit bei 21 % der Gesamtbevölkerung. Im Zuge der Flüchtlingskrise hat es einen deutlichen Zuwachs gegeben und erreichte nach einer Zunahme um 4,4 % gegenüber dem Vorjahr einen Höchststand. Im Jahr 2016 war aufgrund der rückläufigen Zahlen Schutzsuchender allerdings schon ein Rückgang der Zuzüge nach Deutschland zu verzeichnen. Dies wird durch Angaben des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF 2017) bestätigt. Im Januar 2017 war demnach die Anzahl der Erst- und Folgeanträge im Vergleich zum Januar des Vorjahres um 68,2 % bzw. 65,5 % zurückgegangen. Die Top-Drei-Herkunftsländer der Erstantragsteller waren Syrien (16,7 % aller Erstanträge), Afghanistan (9,0 % aller Erstanträge) und der Irak (7,8 % aller Erstanträge). Bezogen auf die gesamte Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland sind die Herkunftsländer bzw. -gebiete mit den größten Anteilen die Türkei mit 16,7 %, der Nahe und Mittlere Osten mit 10,7 %, Polen mit 9,9 % sowie die Russische Föderation mit 7,1 %.

Die in Deutschland lebende Bevölkerung mit Migrationshintergrund umfasst Personen mit und ohne eigene Migrationserfahrung. Im Jahr 2015 lag nach Angaben des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF 2016) die Zahl der Personen mit eigener Migrationserfahrung bei 11,4 Millionen, die ohne bei 5,7 Millionen. Menschen mit Migrationshintergrund sind aufgrund der unterschiedlichen Migrationsbiografien, Lebenserfahrungen und Herkunftsländer sehr heterogen. So sind sie auch geprägt durch die unterschiedlichen Gründe für die Migration. Einer der häufigen Gründe sind kriegerische Auseinandersetzungen, politische oder religiöse Verfolgung im Herkunftsland, wobei Migration mit dem Ziel der Existenzsicherung und des Überlebens erfolgt. Andere Ursachen können wirtschaftliche Motive sein. Auch soziale Gründe, wie Familienzusammenführung oder Hei-

rat, Studium, Sprachkurse oder eine Ausbildung bewegen Menschen zur Migration.

### Merke

Der Migrationsprozess umfasst ein breites Spektrum und führt zu einer Veränderung der Beziehungsstrukturen, der Wohnverhältnisse und des Lebensstandards. Des Weiteren führt Migration häufig zu einem veränderten sozialen Niveau, zu Arbeitslosigkeit und finanziellen Schwierigkeiten. Sprach- und Verständigungsprobleme verstärken Tendenzen zu Aus- und Abgrenzung, woraus Identitäts- und Rollenkonflikte resultieren können.

Migration birgt also große persönliche und seelische Belastungen. Diese haben häufig Auswirkungen auf das gesundheitliche Befinden. Das Ausmaß und die Ausprägung der psychischen Belastungen werden dabei von kulturellen Aspekten beeinflusst. So sind die dem Migrations- und Akkulturationsprozess assoziierten Belastungen in ihrem Schweregrad abhängig von der Distanz zwischen Herkunftsland und Aufnahmeland bezüglich kultureller und sozialer Merkmale (Berry 1997; Morawa u. Erim 2014). Dies wurde z. B. in einem Vergleich wahrgenommener Diskriminierung mit Depressivität und gesundheitsbezogener Lebensqualität zwischen Personen mit türkischem und polnischem Migrationshintergrund deutlich (Morawa u. Erim 2014). Hier zeigten türkische Migranten eine stärkere psychische Belastung und eine schlechtere subjektive Lebensqualität. Das zeigt sich beim Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund.

Die Datenlage hinsichtlich der Häufigkeit psychischer Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund ist kontrovers. So wiesen Studien signifikant höhere Prävalenzraten psychischer Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund nach (Bermejo et al. 2010; Cantor-Graae u. Selten 2005; Kirkbride et al. 2008), während andere Studien dies nicht zeigen konnten (Lay et al. 2005). Aktuelle Daten deuten darauf hin, dass ein Viertel der in Deutschland lebenden Flüchtlinge an einer psychischen Störung leidet (Schneider et al. 2017). Ein höheres Risiko für Migranten, an einer psychischen Störung zu erkranken, besteht, wenn besondere Bedingungen wie z. B. Asylverfahren und Vertreibung (Assion u. Koch 2012a; Koch 2009) oder Subgruppenzugehörigkeit (Assion u. Koch 2012b) gegeben sind. Hier ist zu beachten, dass kulturelle Faktoren wie Werte oder Normen nicht nur einen Einfluss auf die Psychopathologie haben, sondern auch

in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von Bedeutung sind, wobei die Wahrnehmung des beurteilenden bzw. behandelnden Therapeuten durch seinen eigenen sozialen kulturellen Hintergrund und das Wissen um kultur- und migrationsspezifische Aspekte geprägt ist (Assion et al. 2017).

Für Menschen mit Migrationshintergrund existieren Barrieren im Gesundheitssystem, die zu einer verringerten Aufklärung über vorhandene Gesundheitsangebote und einer reduzierten Inanspruchnahme therapeutischer und präventiver Maßnahmen führen (Schouler-Ocak 2015). Migranten nehmen so wesentlich seltener Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsprogramme wahr (Assion 2005).

Neben der Notwendigkeit der Überarbeitung und Anpassung der Versorgungsangebote für Patienten mit Migrationshintergrund zur Verbesserung dieser Situation (Assion et al. 2016, 2017; Heinz u. Schneider 2017; Schneider et al. 2017) ist hier auch eine Abhängigkeit von Sozialstatus und Bildungsniveau zu diskutieren. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2017) unterscheiden sich Menschen mit Migrationshintergrund deutlich hinsichtlich Bildungsstand und Stellung auf dem Arbeitsmarkt von Menschen ohne Migrationshintergrund. Während im Jahr 2015 13,5 % der Personen mit Migrationshintergrund über keinen allgemeinen Schulabschluss verfügten, waren es bei Personen ohne Migrationshintergrund 1,4 %. Hinsichtlich eines berufsqualifizierenden Abschlusses lag der Anteil ohne Qualifikation bei 38,3 % in der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund gegenüber 14,1 % bei Personen ohne Migrationshintergrund. Auch ist die Position von Personen mit Migrationshintergrund auf dem Arbeitsmarkt schlechter. In der Altersgruppe der 25- bis 65-Jährigen sind Personen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger erwerbslos (7,3 % gegenüber 3,7 % ohne Migrationshintergrund) oder geringfügig beschäftigt (11,0 % gegenüber 6,4 % ohne Migrationshintergrund). Des Weiteren bekleiden Erwerbstätige mit Migrationshintergrund sehr viel häufiger Stellungen als Arbeiterinnen und Arbeiter (34,1 % gegenüber 18,4 % ohne Migrationshintergrund). Sie sind dementsprechend seltener als Angestellte und Beamte tätig.

Es ist jedoch auch bekannt, dass die Akzeptanz unter Migranten insbesondere bei kulturell angepassten Angeboten erhöht ist (Koch 1997). Dies bedeutet vor allem, dass auf den Migrationshintergrund zugeschnittene Therapieangebote, wie z. B. Psychoedukation, zur besseren Aufklärung der Patienten mit Migrationshintergrund und somit zu einer verbesserten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beitragen können.

Mit einer besseren Anpassung von Therapieangeboten für Migranten muss schon bei der Anamneseerhebung begonnen werden (Behrens u. Callies 2008). Hierbei ist es hilfreich, kultur- und migrationsspezifische Einfluss-

faktoren, die zur Entwicklung einer psychischen Störung beigetragen haben könnten, einzubeziehen (Müller u. Koch 2011). Die **Kultursensibilität**, auf die im ▶ Abschnitt 1.3 näher eingegangen wird, ist von besonderer Bedeutung. Viele Studien belegen, dass sprachliche Probleme sowie Schwierigkeiten bezüglich des Krankheitsverständnisses und therapeutischer Vorgehensweisen in der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund auftreten. So zeigten Koch et al. (2008), dass 50 % der behandelten Patienten mit Migrationshintergrund sprachliche oder kulturelle Verständigungsprobleme aufwiesen. Möske et al. (2008) wiesen nach, dass Migrationshintergrund einen unabhängigen negativen Prädiktor für den Behandlungserfolg bildete. Eine Verbesserung lässt sich nur durch die Berücksichtigung kulturspezifischer Einflüsse erreichen (Callies et al. 2007; Wohlfahrt u. Zaumseil 2006). Der Einbezug von Angehörigen in den Therapieprozess ist hierbei möglicherweise von Vorteil, da in vielen Kulturen, besonders denen mit traditioneller Prägung, Entscheidungen in der Familie getroffen werden. Dies kann als stabilisierender Faktor bei der Behandlung dienen.

## 1.2 Umsetzung in der Praxis

Es gilt als gesichert, dass durch Psychoedukation das Wissen über die Erkrankung und die Behandlung beim Betroffenen zunimmt und sich dadurch die Zusammenarbeit mit dem Therapeuten (Compliance/Adhärenz) verbessert. Somit wird die Zufriedenheit der Betroffenen mit der Behandlung insgesamt gesteigert.

### Merke

Das Ziel der Psychoedukation ist ein gut informierter und gut instruierter Patient, der gelernt hat, durch Veränderung seiner Einstellungen und Lebensweise auf sein Befinden aktiv einzuwirken und auftretende Beschwerden rechtzeitig und richtig einzuordnen.

Durch rechtzeitige Hilfe kann es gelingen, seltener stationär behandelt werden zu müssen. Bei Patienten mit Migrationshintergrund ist es allerdings notwendig, die Psychoedukation insoweit anzupassen, als nicht nur Informationen über die psychische Erkrankung, sondern auch Themen des täglichen Lebens in Deutschland vermittelt werden. Frühzeitige Hilfe und damit die Abwendung eines stationären Aufenthalts kann der Patient mit Migrationshintergrund nur erfahren, wenn er über mögliche Hilfsangebote, Anlaufstellen und andere Möglichkeiten der Unterstützung informiert ist.

Von großer Bedeutung für eine optimale Behandlung ist das Arzt-Patienten-Verhältnis. Hier sind die Erwartungen

bei Behandlern und Patienten mit Migrationshintergrund nicht immer gleich. Eine Klärung der gegenseitigen Ansichten sowie ein guter Konsens sind in diesem Fall vor Beginn der Behandlung empfehlenswert (Pfeiffer 1995). Oft zeigen Patienten mit Migrationshintergrund eher eine passive Erwartungshaltung im Sinne einer paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehung auf. Ein Therapieziel könnte daher eine gleichberechtigte Beziehung sein, bei der beide Parteien zusammen Entscheidungen treffen und somit am Behandlungserfolg beteiligt sind (Koch 2011). Vorsicht ist aber geboten, kulturellen Eigenarten einen zu starken Einfluss beizumessen (Maoz et al. 2006), da es ein Fehler wäre, Personen nach der Herkunft zu stereotypisieren. Sinnvoller ist hingegen, eine an der Biografie des Patienten individuell ausgerichtete Therapie zu etablieren, wobei kulturelle Einflüsse bei jedem Patienten neu bewertet werden müssen (Assion u. Koch 2012a).

Die Sprachbarriere kann in der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund ein Hindernis bedeuten. Daher ist bei nicht ausreichenden sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten eine Dolmetschergestützte Arbeit unumgänglich. Wichtig ist hierbei das Aufstellen einiger einfacher Regeln zur Vermeidung von Missverständnissen in der Behandlung (Morina et al. 2010). Beispielsweise wäre hier zu beachten, dass in einfachen kurzen Sätzen gesprochen wird und Pausen eingelegt werden, um dem Dolmetscher die Möglichkeit des Übersetzens zu geben. Eine zusätzliche Optimierung der Behandlung könnte durch übersetzte Manuale und Informationsmaterialien erreicht werden.

Koch et al. (2016) legten dar, dass bereits erste Praxiserfahrungen mit der Psychoedukation von Patienten mit Migrationshintergrund gesammelt werden konnten. So zeigte sich im Rahmen der ambulanten Sprechstunde mit interkulturellem Schwerpunkt in der LWL-Klinik Dortmund, dass Personen mit Migrationshintergrund, z. B. türkischer Herkunft, eher körperliche Leiden in den Vordergrund stellen, um ihre Beschwerden und Krankheitszeichen darzustellen. Zudem sind muslimische Personen zurückhaltender mit Aussagen über die eigene Familie, wobei immer die Wichtigkeit der Rollenzugehörigkeit in der jeweiligen Kultur zu beachten ist.

In der Vitos-Klinik Marburg gibt es auf der Station für Interkulturelle und Allgemeine Psychiatrie seit ungefähr 20 Jahren eine Gesundheitsgruppe, die Dolmetschergestützt durchgeführt wird. Hier zeigte sich, dass Patienten mit Migrationshintergrund meist weniger Hintergrundwissen zu den einzelnen Störungsbildern haben als deutsche Patienten. Jedoch ist gerade bei den weniger informierten Patienten das Interesse besonders hoch und die Zuwendung durch diese wird sehr geschätzt.

Im Vitos-Klinikum Hadamar konnte 2009 eine transkulturelle psychiatrische Ambulanz eröffnet werden. Das Angebot der Ambulanz umfasst hier sowohl Diagnostik

und Therapie als auch psychoedukative Gruppen in den Muttersprachen Russisch, Farsi und Griechisch. Dies ist gerade in psychischen Krisensituationen besonders hilfreich für Patienten mit Migrationshintergrund, die dann oft auf die Muttersprache zurückgreifen.

Auch in der Institutsambulanz in Limburg startete 2012 eine Psychoedukation bei Depression für russischsprachige Patienten, welche durch eine russischsprachige Fachärztin geleitet wird. Hierbei gehören unter anderem die Punkte »Phasen des Migrationsprozesses, Herausforderungen und Strategien zur Bewältigung des Kulturschocks« zu den in der Gruppe behandelten Themen. Als *Kulturschock* wird in diesem Zusammenhang verstanden, dass Migranten zunächst euphorisch in ein neues Land kommen mit der Hoffnung auf Glück, Leben und Freiheit. Mit der Zeit zeigen sich allerdings viele Missverständnisse. Migranten bekommen das Gefühl, die neue Kultur und deren Regeln nicht zu verstehen oder nicht willkommen zu sein. Es entwickeln sich Gedanken, dass in der Heimat doch alles besser war und man nicht hätte migrieren sollen. Hier ist das Ziel, eine akzeptierende und optimistische Haltung bei den Migranten aufzubauen.

Zudem etablieren sich in den letzten Jahren zunehmend Psychoedukationen bei Flüchtlingen und Folteropfern (Haanel 2013; Özkan u. Belz 2013). In diesen Gruppen stehen vor allem die Themen »Stress« und »Körper« im Fokus, wobei die Vermittlung von Entspannungstechniken und traumastabilisierenden Elementen von Bedeutung ist.

Zusammenfassend zeigen die Erfahrungen durch diese Pilotprojekte, dass insbesondere Informationen über rechtliche Grundlagen und Hintergrundwissen (wie zum deutschen Gesundheitssystem, ambulante Angebote, soziale Einrichtungen, Kontaktstellen) bei der Psychoedukation von Patienten mit Migrationshintergrund wichtige Themen darstellen.

### 1.3 Kultursensibilität

#### Definition

Unter Kultursensibilität ist ein sensibler und empathischer Umgang mit anderen Personen unter Berücksichtigung deren kulturellen Hintergrundes zu verstehen (Becker et al. 2005; Machleidt u. Heinz 2011).

Um diesen Umgang zu gewährleisten, sind ein angemessenes hohes Informationsniveau über die jeweilige Kultur und dessen Akzeptanz notwendig (Gavranidou u. Abdallah-Steinkopff 2007). Durch einen kultursensiblen Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund kann auf die Bedürfnisse der Patienten besser eingegangen und so die Behandlung optimiert werden (Assion u. Koch 2012a). Zur

Verbesserung des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses der Behandelnden ist umfangreiches Informationsmaterial erhältlich (Gün 2007; Kaharam 2008; von Lersner u. Kizilhan 2017).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2014) definiert **Gesundheit** als einen »Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen«. In einzelnen Kulturkreisen kann das Verständnis von Gesundheit abweichend hierzu sein (Kirkcaldy et al. 2006). Beispielsweise spielt die spirituelle Vervollkommnung eine wichtige Rolle bei zahlreichen Kulturen. Viele muslimische Personen sehen die Gesundheit ihres Körpers in engem Zusammenhang mit religiösen Vorstellungen (Becker et al. 2005) und darin eine Verpflichtung gegenüber Gott. Das Wissen hierüber ist bei der Behandlung von Personen aus diesem Kulturkreis sehr nützlich. So kann ggf. darauf verwiesen werden, falls der Patient sich nicht aktiv an der Behandlung beteiligt.

**Krankheit** kann als das Gegenteil von Gesundheit angesehen werden. Die kulturellen Unterschiede zeigen sich hierbei insbesondere in der Präsentation von Krankheitszeichen. Die Kenntnis über diese kulturspezifischen Ausdrucksformen ist bei der Behandlung von Migranten äußerst hilfreich (Berg 1998). Zudem können hierdurch Fehldiagnosen vermieden werden.

### Praxistipp

Je nach Herkunftsregion treten Unterschiede in der Darstellung der Symptome auf (David et al. 1998; Rüschoff u. Laabdallaoui 2009).

Personen mit arabischem, türkischem und südosteuropäischem Migrationshintergrund nennen eher äußere Faktoren als Gründe für ihre Krankheitszeichen, z. B. das soziale Umfeld oder Djinnen. – Nach dem Koran handelt es sich bei *Djinnen* um unsichtbare Geisterwesen aus einer Parallelwelt (Assion 2004).

Zu bedenken ist, dass Migranten oft Zugangsbarrieren zu psychosozialen Diensten haben und deshalb diese auch weniger nutzen. Als Hindernisse werden unter anderem ein unzureichender Informationsstand über Angebote, Kommunikationsprobleme, kulturelle und religiöse sowie geschlechtsspezifische hemmende Faktoren genannt (Gün 2007; Spallek u. Razum 2007). Auch das Fehlen sozialer Kontakte spielt eine große Rolle. Hierdurch wird die Integration erschwert (Machleidt, 2005). Oft sind Personen mit Migrationshintergrund misstrauisch gegenüber psychosozialen Einrichtungen und der Umgang mit eigenen psychischen Problemen macht ihnen Angst (Wittig et al. 2004).

Zur migrantenfreundlichen Anpassung von Behandlungsangeboten sollten daher Elemente dieser Angebote

kultursensibler gestaltet werden, wie z. B. die Anamneseerhebung. Dies kann durch den Einsatz von Dolmetschern oder Kulturmittlern erfolgen. Im DSM-5 (DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sind Empfehlungen zum Umgang mit kulturellen Einflüssen enthalten (DSM-5; Assion u. Graef-Calliess 2017). Die ICD-10 (ICD = International Classification of Diseases) berücksichtigt solche Faktoren nicht im Speziellen (ICD-10; Assion u. Callies 2014).

Für eine kultursensible **Anamneseerhebung** enthält das DSM-5 das »Cultural Formulation Interview« (CFI). Es handelt sich um ein halbstrukturiertes Interview mit einer Selbst- und Fremdbeurteilung. Durch die Anwendung des Interviews können Schlüsselaspekte in Bezug auf die kulturellen Hintergründe erhoben werden. Zusätzlich zur kultursensiblen Anamneseerhebung sollte der individuelle Migrationsprozess von Patienten mit Migrationshintergrund beleuchtet werden (Assion 2005; Machleidt u. Heinz 2011). Zu erfragen sind hierbei die Phasen im Migrationsprozess (Vorbereitung, Migration, Überkompensation, Dekompensation, Anpassung), der derzeitige Integrationsstand, Erfahrungen mit Diskriminierung sowie Gedanken über die Rückkehr ins Heimatland. Der Migrationsprozess selbst kann ein Faktor für den Ausbruch einer psychischen Erkrankung sein, z. B. Depression, psychosomatische Beschwerden, Somatisierung und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (Assion 2005; Gavranidou 2006; Machleidt u. Heinz 2011).

Zusätzlich zu einer kultursensiblen Anamnese sollte auch die **Kommunikation** angepasst werden. Neben Sprach- und damit verbundenen Verständigungsproblemen kann es zu Missverständnissen aufgrund kultureller, ethnischer und religiöser Hintergründe kommen (Gün 2007; Gavranidou u. Abdallah-Steinkopf 2007). Hier ist z. B. zu beachten, dass jede Sprache eigene Bilder und Metaphern nutzt und auch Mimik, Gestik sowie die Ausdrucksweise kulturell geprägt und daher unterschiedlich zu bewerten sind.

Auch sind zur Gewährleistung von Kultursensibilität für Patienten mit Migrationshintergrund angepasste **Diagnoseverfahren** sinnvoll (Assion 2005; Machleidt u. Heinz 2011; Wohlfahrt u. Zaumseil 2006). Im Allgemeinen sind vor diesem Hintergrund psychologische Testverfahren ohne Evaluation im kulturellen Kontext problematisch. Für eine kultursensible Diagnostik sollte der Therapeut eine offene, unvoreingenommene Haltung haben und ermitteln, ob es sich um ein kulturell beeinflusstes oder pathologisches Verhalten handelt. Der gesamte diagnostische Prozess sollte durch einen sensiblen Umgang mit den kulturellen Besonderheiten gekennzeichnet sein.

Migranten wenden sich oft sehr spät an Institutionen (Borde et al. 2003). Daher ist die Anpassung von **Therapien** bei der Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund notwendig (Erim 2009; Machleidt u. Heinz 2011;

Wohlfahrt u. Zaumseil 2006). Muttersprachliche Therapeuten aus demselben Kulturkreis werden von Patienten mit Migrationshintergrund meist bevorzugt (Kirkcaldy et al. 2006), da diese ein höheres kulturspezifisches Verständnis aufbringen. Allerdings können sie auch abgelehnt werden, wenn es sich um schambesetzte Themen handelt. Therapeuten mit Migrationshintergrund fungieren als Identifikationsfiguren für die Patienten, da sie den Integrationsprozess bereits erfolgreich durchlebt haben (Erim 2009). Die Akzeptanz von kulturabhängigen religiösen und kulturellen Bedürfnissen (z. B. Rituale) kann zu einer Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses führen.

## 1.4 Fallvignetten

Für die psychoedukative Gruppe geeignete Patienten sollten ein nicht zu geringes Sprachniveau und einen ausreichend stabilisierten Krankheitszustand aufweisen. Zudem müsste der Bedarf an psychoedukativen Maßnahmen ersichtlich und eine Lernbereitschaft (Motivation) vorhanden sein.

Beispielhaft werden im Folgenden drei Patienten mit Migrationshintergrund vorgestellt, welche sich für die Psychoedukation eignen.

### Fallbeispiel

#### Herr H.

Herr H. stammt gebürtig aus Russland und war im Alter von acht Jahren mit seiner Familie nach Deutschland migriert. Er war sehr bestrebt, einer Arbeit nachzugehen, und hatte auch schon in mehreren handwerklichen Berufen als ungelernete Kraft gearbeitet.

Herr H. war bereits mehrfach aufgrund einer paranoiden Schizophrenie in stationärer Behandlung. Die Aufenthalte waren meist unfreiwillig und dauerten mehrere Monate. Es kam insbesondere durch das mangelnde Krankheitsverständnis zu der immer wieder auftretenden Exazerbation der Erkrankung: Zum einen setzte der Patient seine Medikation nach den stationären Aufenthalten sehr bald ab. Zum anderen überforderte sich der Patient wiederholt, indem er zu früh versuchte, erneut ein reguläres Arbeitsleben aufzunehmen. Daneben spielten auch die Angehörigen eine große Rolle. Diese zeigten auch kein Verständnis für die Grunderkrankung, sondern sahen eher den Drogenkonsum von Herrn H. als Hauptproblem.

Während der Behandlung zeichneten sich eine eher geringe Therapiemotivation und wenig kooperatives Verhalten seitens des Patienten ab.

Zur aktuellen stationären Behandlung kam es ebenfalls aus den oben beschriebenen Gründen: Herr H. setzte auf Zureden der Familie die notwendige Medikation ab, versuchte wieder zu arbeiten und nahm weitere Belastungen auf sich. Neben

dem schizophrenen Krankheitsbild waren auch deutlich manische Anteile sichtbar. Die Behandlung gestaltete sich anfangs relativ schwierig, da Herr H. seine Symptomatik stark bagatelisierte und versuchte, eine Fassade aufrechtzuerhalten. Sein mangelndes Verständnis für das eigene Krankheitsbild und die Notwendigkeit der Medikation machten den psychotherapeutischen Zugang äußerst schwer. Entweder verweigerte er komplett die Einnahme oder versuchte bei der Einnahme zu manipulieren. Das ging sogar so weit, dass er versuchte, auch andere Patienten davon zu überzeugen, keine Medikamente zu nehmen und stattdessen besser arbeiten zu gehen. Hierbei zeigte Herr H. eine geringe Frustrationstoleranz auf. Im Laufe der Behandlung konnte eine Verbesserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden. Dies gelang aber nur durch viele therapeutische Interventionen mit dem Patienten sowie durch Einbezug der Familie. Insbesondere die Implementierung eines tragfähigen Krankheitsverständnisses und der damit verbundenen Konsequenzen erwies sich als hilfreich und wichtig. Nach erfolgreichen Belastungserprobungen konnte Herr H. in die ambulante Behandlung entlassen werden.

### Fallbeispiel

#### Herr A.

Bei Aufnahme war Herr A. ein 20 Jahre alter Patient mit türkischen Wurzeln. Er lebte mit seinen Geschwistern bei seinen Eltern. Er hatte eine Ausbildung zum Verkäufer angefangen, jedoch nicht abschließen können. Nach einem Schulwechsel zeigte Herr A. erste Verhaltensauffälligkeiten. Er gab unaufgefordert Kommentare während des Unterrichts ab und versuchte hierdurch auf sich aufmerksam zu machen. Zudem tauchten deutliche Konzentrationsprobleme auf. Es kam zu einem Leistungsabfall und Herr A. musste abermals die Schule wechseln. Zudem war er mehrfach bei einer Kinderpsychologin, welche die Diagnose einer Konzentrationsstörung gestellt hatte. Medikamentös wurde Herr A. deswegen jedoch nie behandelt. Einige Zeit vor Ausbruch der ersten akuten psychotischen Episode im Rahmen einer Schizophrenie mit darauf folgender stationärer Behandlung begann Herr A., Alkohol und Cannabinoide (THC) zu konsumieren. Zusätzlich zur psychischen Erkrankung lag ein seltenes Nierenleiden vor. Herr A. kam zum zweiten Mal aufgrund einer paranoiden Schizophrenie zur stationären Behandlung. Wie auch zuvor erschien er zunächst freiwillig, musste dann aber doch auf Basis der Rechtsgrundlage nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) untergebracht werden, da er zum einen im Vorfeld eigen- und fremdgefährdend gewesen war und zum anderen die Behandlung jedes Mal nach kurzer Zeit ablehnte. Zur erneuten akuten Exazerbation der psychischen Erkrankung kam es aufgrund des eigenmächtigen Absetzens der Medikation und des weiteren Konsums von THC. Es zeigte sich, dass Herr A. nach der ersten stationären Behandlung jegliche ambulante Be-

handlung ablehnte. Imponierend war, dass er seine psychische Erkrankung komplett negierte und es ihm auch nicht möglich war, das Krankheitserleben einzuordnen. So glaubte er, Vater von zwei Kindern in Amerika zu sein. Es zeigte sich ein sehr starkes Bedürfnis, eine eigene Familie zu gründen. Auffällig war zudem, dass der Betroffene religiöser als zuvor wurde. In Gesprächen zeigte sich Herr A. immer sehr offen bezüglich seiner Gedanken und Wahrnehmungen. Allerdings war es kaum möglich, dies mit ihm im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung zu beleuchten. Herr A. wurde durch seine Familie betreut, welche während der gesamten stationären Behandlung für ihn da war, obwohl er im Vorfeld fremd-aggressives Verhalten gegenüber seinen Eltern gezeigt hatte. Eine medikamentöse Behandlung zeichnete sich als schwierig ab und konnte nur mit im Vorfeld erfolgten motivierenden Gesprächen durchgeführt werden.

Im Verlauf der Behandlung nahm Herr A. Therapieangebote immer häufiger an, sodass es schließlich zu einer Remission der Symptome kam. Er konnte ein Krankheitskonzept, verbunden mit einem Krankheitsgefühl, implementieren und so auch eine bessere Akzeptanz für die notwendige Behandlung entwickeln. Nach erfolgreichen Belastungserprobungen konnte Herr A. in das familiäre Umfeld und die ambulante Behandlung entlassen werden.

### Fallbeispiel

#### Frau M.

Frau M. war eine 35-jährige, gebürtig aus dem Irak stammende Patientin. Sie sprach arabisch, deutsch und englisch. Die Eltern der Patientin waren nicht nach Deutschland migriert. Frau M. lebte in einer gemeinsamen Wohnung mit ihrem Sohn und Ehemann. Sie war studierte Chemikerin, hatte aber nie in diesem Beruf gearbeitet, sondern sich der Tätigkeit als Hausfrau gewidmet.

Frau M. war bereits mehrfach aufgrund einer schizophrenen Erkrankung in stationärer Behandlung gewesen, wobei diese nie freiwillig stattfanden. Die Patientin wollte ihre Erkrankung nicht wahrhaben und negierte diese. Auch versuchte sie, ihr Verhalten rational zu erklären und psychotisches Erleben zu überspielen. Das psychotische Erleben äußerte sich oft durch eine wahnhaftige Verarbeitung des Ehemannes, wobei Eifersuchs- und Beziehungswahn deutlich imponierten. Wenn es zu einer stationären Behandlung kam, bestand Frau M. von Beginn an auf einer sofortigen Entlassung, da sie glaubte, nicht krank zu sein. Während der Behandlungen versuchte sie, die Medikationseinnahme und Gesprächskontakte zu umgehen. Dadurch war ein psychotherapeutischer Zugang nur zeitweilig und sehr partiell möglich. Die fehlende Krankheits- und Behandlungseinsicht führten dazu, dass die Patientin die notwendige Medikation immer wieder kurze Zeit nach den stationären Behandlungen eigenständig reduzierte und schließlich absetzte.

Zur stationären Aufnahme kam es erneut, da Frau M. abermals die verordnete Medikation abgesetzt hatte und aufgrund des Wiederauftretens der psychotischen Symptomatik fremd-aggressiv gegenüber dem Ehemann und indirekt gegenüber dem Kind wurde. Auch bei dieser Behandlung zeigte sich Frau M. distanziert, fassadenhaft und misstrauisch. Sie vernachlässigte sich und verweigerte Nahrung und Medikation. Allerdings zeigte sie sich auch sehr bedürfnisorientiert, affektlabil und fordernd. Dies wurde insbesondere durch ihren immer wieder stereotyp genannten Entlassungswunsch deutlich. Der Entlassungswunsch war so stark, dass es zu übergriffigem Verhalten gegenüber der Pflege und zu Entweichungsversuchen kam. Auch der psychotherapeutische Zugang zeichnete sich als fast unmöglich ab: zum einen aufgrund der hohen Distanziertheit, zum anderen aber auch durch einen Wechsel zwischen verschiedenen Sprachen, den die Patientin aufwies. Selbst dolmetschergestützte Gespräche waren dadurch erforderlich, aber dennoch wenig erfolgreich. Es wirkte so, als falle es der Patientin aufgrund ihrer Erkrankung schwer, weiterhin in einer Sprache zu bleiben. Allerdings zeichnete sich ab, dass Frau M. so Gespräche über ihre psychische Erkrankung vermied. Die stationäre Behandlung zog sich über einige Monate hin. Mit zunehmender Verbesserung des psychischen Zustandes zeigte sich die Patientin behandlungseinsichtiger. Ob sich jedoch eine tragfähige und reale Krankheitseinsicht gebildet hatte, war zu bezweifeln. Nach erfolgreich verlaufenden Belastungserprobungen konnte Frau M. in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden.

## 1.5 Schlussfolgerungen

Es kann festgehalten werden, dass eine Modifikation der psychoedukativen Angebote notwendig ist, um eine verbesserte Aufklärung und die damit einhergehende bessere Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund zu erlangen. Dabei ist im Allgemeinen auf eine einfache Sprache mit kurzen Sätzen und das Verwenden von Bildern oder Symbolen zurückzugreifen. Bei zu geringer Sprachkompetenz der Patienten sind Dolmetscher einzubeziehen. Neben der Sicherstellung der sprachlichen Verständigung ist auch die Sensibilisierung des therapeutischen Personals für kultur- und migrationsspezifische Aspekte von großer Bedeutung. Patienten mit Migrationshintergrund neigen oft eher zu einer passiven Behandlungseinstellung. Meist ist auch das geringe Wissen um Erkrankungsbilder und Behandlungsablauf schambesetzt. Hier ist es wichtig, dass Gruppen- bzw. Co-Leiter die Patienten zu einer aktiven Teilnahme motivieren und ihnen Angst und Scham vor dem Gespräch über die Erkrankung oder angesprochene Themen nehmen. Die Arbeitsmaterialien sollten in den bei Patienten mit Migrationshintergrund häufigsten Muttersprachen übersetzt vorliegen.

Besonders hilfreich wären psychoedukative Gruppen, die ausschließlich auf Personen mit Migrationshintergrund zugeschnitten sind; zu diesem Zweck wurde das vorliegen-

de Manual erarbeitet. Ohne all diese Annäherungen ist es kaum möglich, Patienten mit Migrationshintergrund besser in das therapeutische Geschehen einzubeziehen.

This page intentionally left blank