

Aderlass bei den Cuna-Indianern\*  
Pfeile in den Arm der Häuptlingsfrau



## Psychotherapie für Menschen mit Migrationshintergrund



Prof. Dr. J . İlhan Kizilhan



# Nabelfall, Beklemmungsgefühl und Lebervergrößerung als kulturspezifische Syndrome türkischer Patienten (Petersen, 1995)

	<b>Göbek düşmesi Nabelfall</b>	<b>Sıkıntı Beklemmungsgefühl</b>	<b>Cığer büyümesi Lebervergrößerung</b>
<b>Ätiologie</b>	schwer heben, in die Höhe springen, viele und schwere Arbeit, schweres Leben, Streß	Kummer, Sorgen, schuldgefühle, Sehnsucht, Ärger	Traurigkeit, Sorgen, schweres Leid
<b>Beschwerdebild</b>	Bauch- und Magenschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Schwäche, Müdigkeit	Kopf- und Halsschmerzen, enge-, Globus- und Erstickungsgefühl, Kurzatmigkeit	Leberschmerzen, Oberbauchschmerzen
<b>zuständiger Therapeut</b>	ältere Frauen in der Bekanntschaft, Hoca	Arzt, Hoca wenn chronisch	Arzt, Hoca wenn chronisch
<b>Diagnose</b>	Fühlen des Pulsierens am falschen Ort	keine Angaben	keine Angaben
<b>Therapie</b>	"Ziehen" des nabels an den richtigen Ort, anschließend Ruhe	kurzfristige Entlastung	keine Angaben
<b>Assoziationen</b>	Schweres Leben, Verlust der Mitte	Angstgefühle	Traurigkeit, schweres Leid, "kaputte" Moral

# Kultur, Gesundheit und Krankheit

- **Kultur** kann grundsätzlich als das gesamte Gewebe der Lebensformen, welches eine menschliche Gesellschaft von anderen unterscheidet, definiert werden. Sie ist ein Entwurf für die Lebensgestaltung, die den einzelnen Mitgliedern einer Gesellschaft Möglichkeiten des Verhaltens, des Denkens und des Fühlens anbietet.
- Jede Gesellschaft entwickelt Techniken im Umgang mit **Gesundheit und Krankheit**, sowie Vorstellungen über die Verursachung von Krankheit. Die damit zusammenhängenden Kenntnisse, soziale Verhaltensnormen bezüglich Vorbeugung und Abwehr, sowie konkrete Maßnahmen der Krankenbehandlung sind somit kulturspezifisch.

# Kultursensitive Psychotherapie und Psychiatrie

- *Kultursensitive Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* beschäftigen sich mit den kulturellen Aspekten der Ätiologie, Häufigkeit, Art und Behandlung psychischer Erkrankungen innerhalb der Grenzen einer gegebenen kulturellen Einheit. Darunter fallen auch die Identifizierung quantitativer und qualitativer Unterschiede beim Vergleich psychischer Störungen in verschiedenen Kulturen, die Untersuchung der Gründe für die festgestellten Unterschiede und die Anwendung des so erworbenen Wissens für die Behandlung und Verhütung von psychischen Erkrankungen.

# Migration

## Heterogene Bevölkerungsteile:

- Arbeitsmigranten und deren Familien
- Studenten
- Asylbewerber und Flüchtlinge
- Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus
- Aussiedler



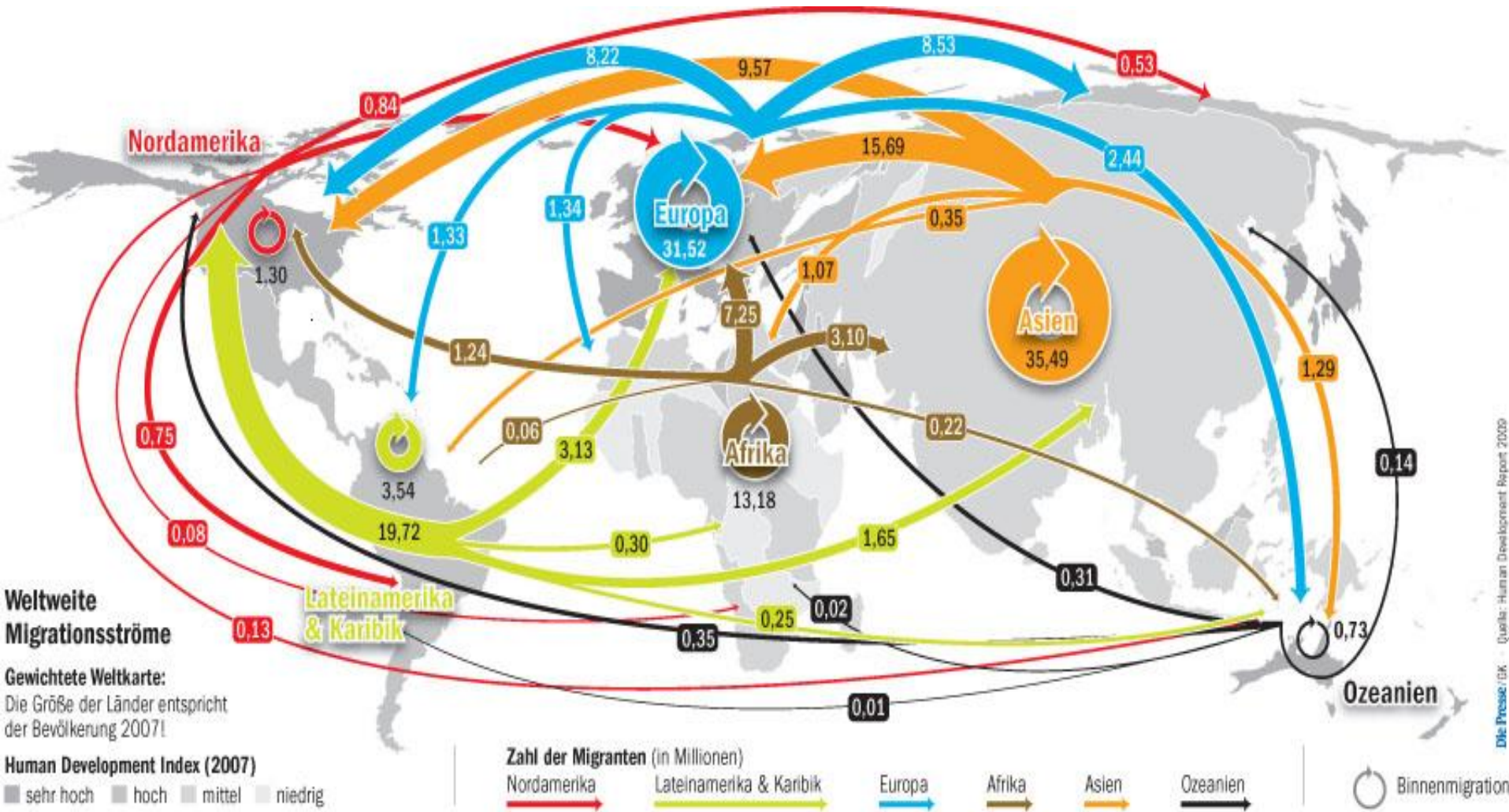
## Kultureller und ethnischer Hintergrund im Herkunftsland:

- Bsp. Türkei: ethnische Gruppen (Türken, Kurden, Lazen, Cherkessen, Georgier, Türkmener, Armenier, etc.) religiöse Gruppen wie z.B. Sunniten, Schiiten, Aleviten, Assyrer, armenische und orthodoxe Christen, Yeziden, etc.

## Geschlechtsspezifische Belastungen

z.B. Frauen im Islam/Gender und psychische Erkrankungen

# Transmigration (Pries, 2006)



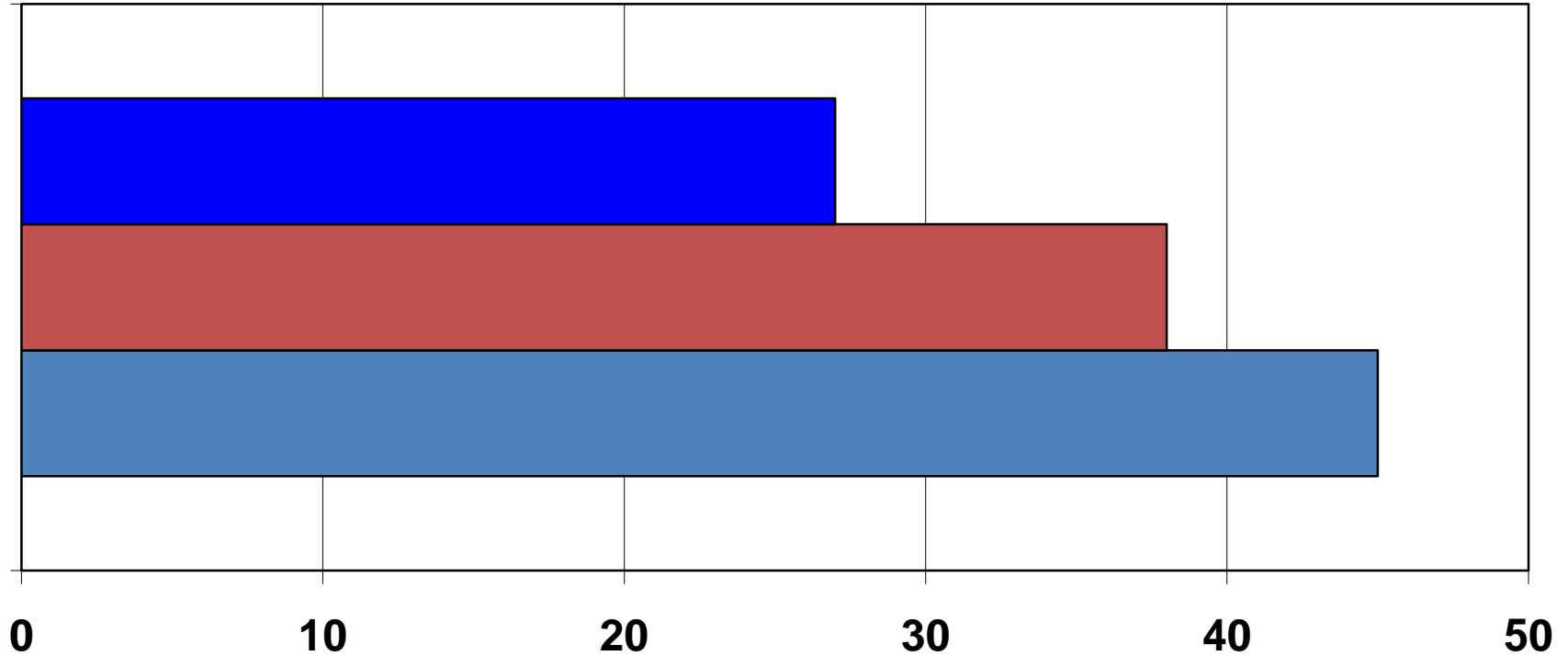
- **Transmigration** lässt sich als ein bedeutsamer werdender Idealtypus internationaler Wanderungsbewegungen verstehen, bei dem der Wechsel zwischen Orten in verschiedenen Nationalgesellschaften keine einmalige bzw. vorübergehende Ausnahmereisung, sondern wiederkehrender Bestandteil von (Über-) Lebensstrategien ist.



### **Besonders belastende Migrantengruppen:**

- Ungeklärter Aufenthaltsstatus, Asylantrag, Abschiebung
- Angst vor einer Rückkehr ins Herkunftsland (Bürgerkriegsflüchtlinge)
- Traumatisierte Flüchtlinge sind meist manifest krank.
- Ältere Arbeitsmigranten (Arbeitslose, Rentner, Frauen)
- Desintegrierte Jugendliche (Sucht, Kriminalität),
- Abschiebungshäftlinge, die lange inhaftiert sind (über 6 Monate).
- Illegal lebende Migranten (Schätzungen zw. 800.000-1,2 Millionen)

# Angabe von sprachlichen und kulturellen Verständigungsproblemen in % (Heinz et al. 2006)



■ Sprachprobleme

■ kulturgebundene Verständigungsprobleme

■ Kultur- und Sprachprobleme



# Sprach- und Kulturmittlung

- *„Ich habe den Kopf gegessen“*
- *„Mir kommen gerade die Geister“*
- *„Mir brennt die Leber“*
- Interaktionsprozess zwischen MigrantInnen und dem medizinischem Personal
- ***Qualifizierung von Sprach- und KulturmittlerInnen***  
*(Fachdolmetscher)*

<b>Kollektivistisch</b>	<b>Individualistisch</b>
Die Menschen werden in Großfamilien oder andere Wir-Gruppen hineingeboren, die sie weiterhin schützen und im Gegenzug Loyalität erhalten	Jeder Mensch wächst heran, um ausschließlich für sich selbst und seine direkte (Kern)Familie zu sorgen
Die Identität ist im sozialen Netzwerk begründet, dem man angehört.	Die Identität ist im Individuum begründet
Kinder lernen in „Wir“ Begriffen zu denken	Kinder lernen in „Ich“ Begriffen zu denken
Man sollte immer Harmonie bewahren und direkte Auseinandersetzungen vermeiden	Seine Meinung zu äußern ist Kennzeichen eines aufrichtigen Menschen
Übertretungen führen zu Beschämungen und Gesichtsverlust für sich selbst und die Gruppe	Übertretungen führen zu Schuldgefühl und Verlust von Selbstachtung
Ziel der Erziehung: Anpassung an vorgegebene Rahmenbedingungen (Kultur und Religion), eine Persönlichkeitsentwicklung ist nicht erwünscht bzw. notwendig	Ziel der Erziehung: Lernen als Entwicklung der Persönlichkeit
Beziehung hat Vorrang vor Aufgabe	Aufgabe hat Vorrang vor Beziehung
Kollektive Interessen dominieren vor individuellen	Individuelle Interessen dominieren vor kollektiven
Das Privatleben wird von der Gruppe beherrscht	Jeder hat ein Recht auf Privatsphäre
Meinungen werden durch Gruppenzugehörigkeit vorbestimmt	Man erwartet von jedem eine eigene Meinung
Harmonie und Konsens in der Gesellschaft stellen höchsten Ziele dar	Selbstverwirklichung eines jeden Individuums stellt eines der höchsten Ziele dar

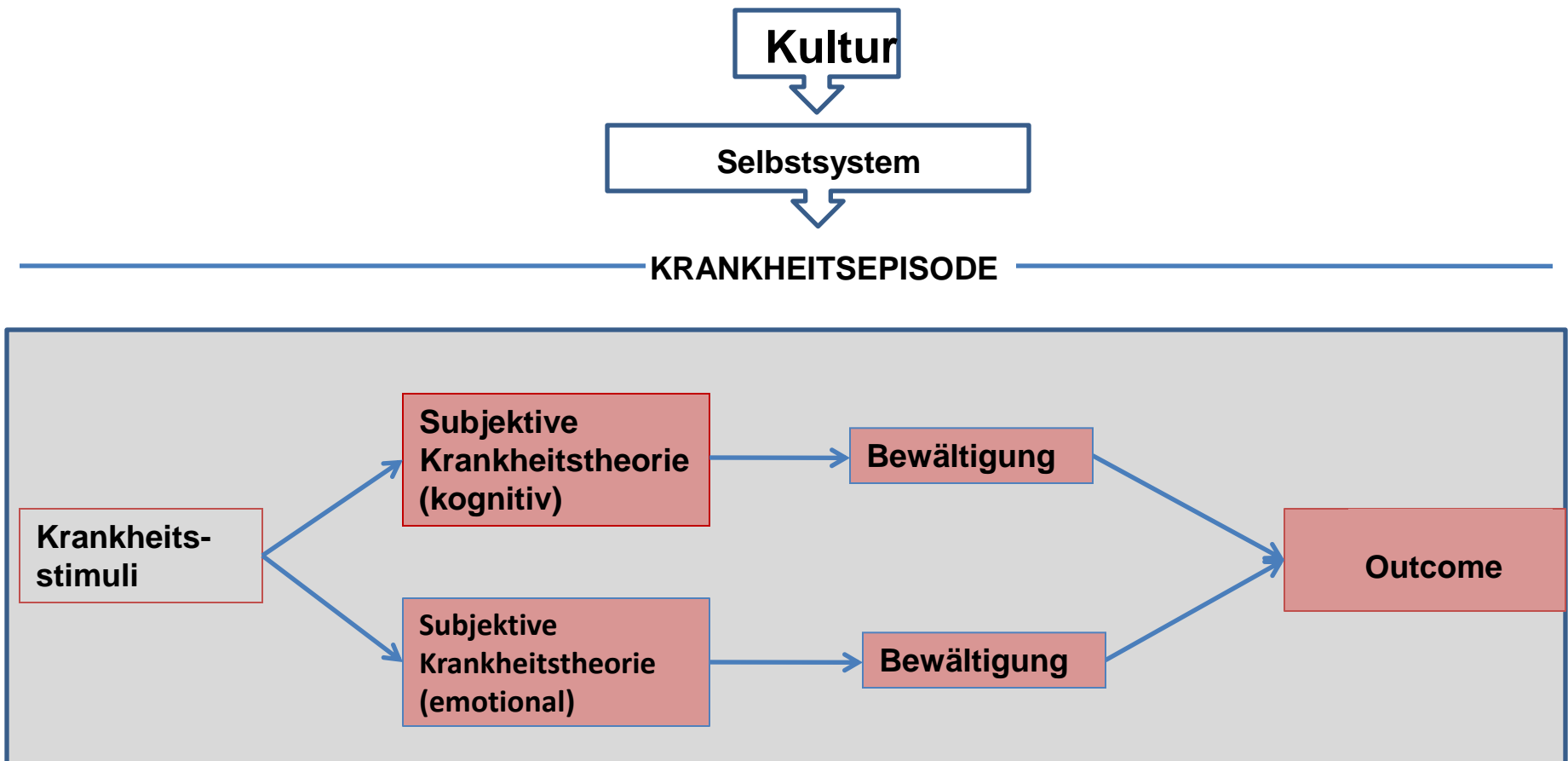
## Transkulturelle Betrachtung zwischen Orient und Okzident (Peseschkian):

- ❖ **Orient:** „Ist hier jemand erkrankt, so wird das Bett ins Wohnzimmer gestellt. Der Kranke steht im Mittelpunkt des Geschehens und wird von zahlreichen Familienmitgliedern, Verwandten und Freunden besucht. Ein Ausbleiben der Besucher würde als Beleidigung und mangelnde Anteilnahme aufgefasst.“
- ❖ **Okzident:** „ Wenn jemand krank ist, möchte er seine Ruhe haben. Er wird von wenigen Personen besucht. Besuche werden auch als soziale Kontrolle empfunden.“



# Subjektive Krankheitstheorie

- Common-Sense Modell (modifiziert nach Leventhal et al., 1980)



# Schmerzbewältigungsstrategien in unterschiedlichen Kulturen (nach Kohnen, 2006)

- Iren ziehen sich eher zurück, weil sie Schmerzäußerungen als unfein betrachten
- Nordamerikaner suchen frühestmöglich einen Arzt auf, um eine rational begründete Behandlung zu erhalten
- Philippinos fügen sich fatalistisch in ihr Schicksal
- Südländer äußern Schmerzen laut und deutlich, um familiäre Anteilnahme zu erreichen

# Stationären Rehabilitationsbehandlung von türkeistämmigen Patienten (Kizilhan, Haag, Bengel, 2010 )

	Dauer der Krankheit (in Jahren)	ambulante Psychotherapie %	Antidepressiva %	Schmerzmittel %
Frauen (n=1227)	8,2 (4,2)	14,2	97	94,6
Männer (n=862)	7,1 (3,2)	21,4	98	73

## Psychosoziale Belastungen

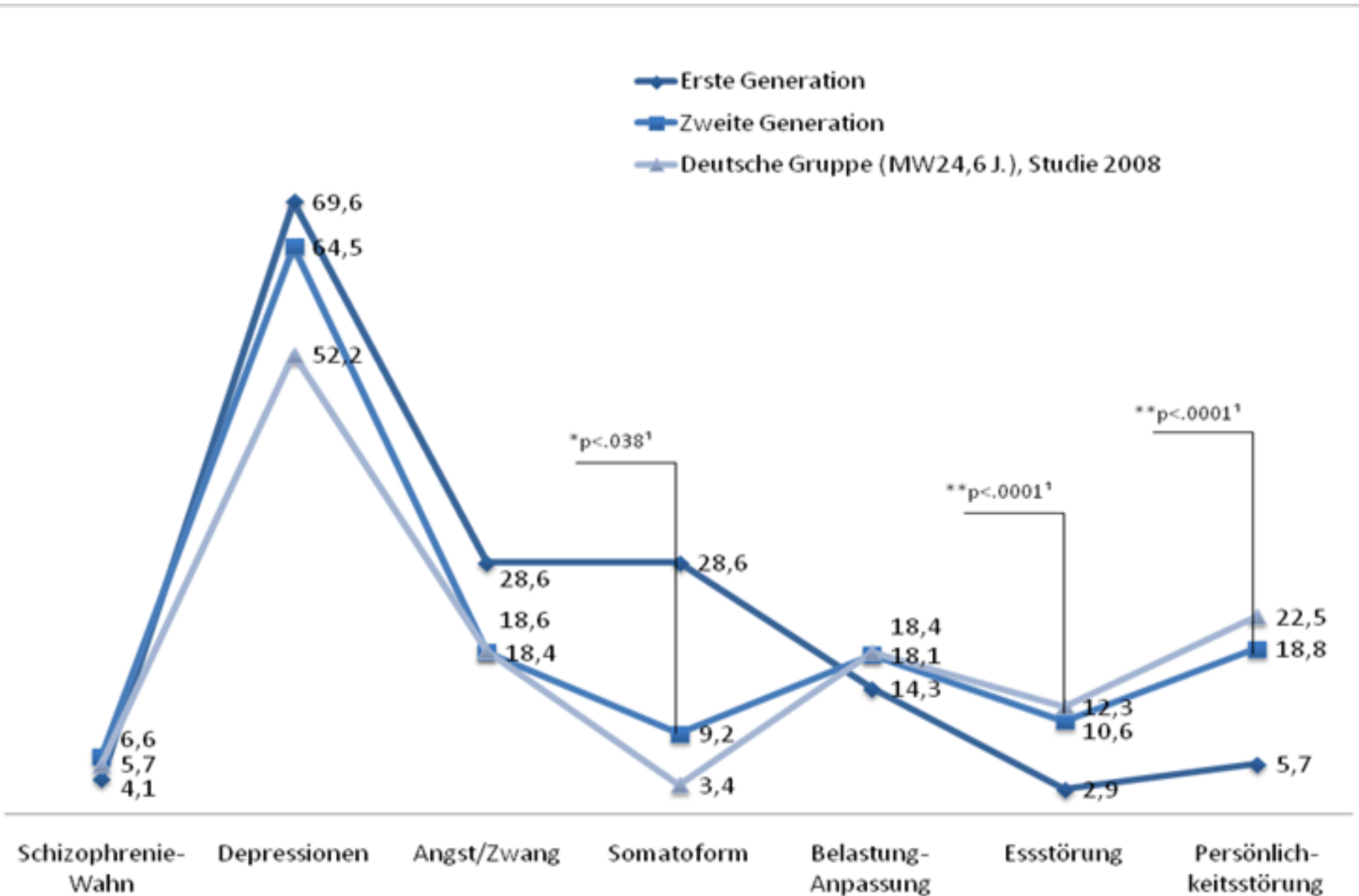
	Ehe %	Kinder %	Arbeitsplatz %
Frauen (n=1227)	64,3	48,3	60,9
Männer (n=862)	32,7	31,4	71,4

# Soziodemographische Daten und Entlassungsdiagnosen nach ICD-10 (n= 2089)

	Alter (Jahre)		Diagnosen				Migration (in Jahren)	Bildung (in Schuljahren)	Arbeitslosigkeit
	M (SD)	Depressive Erkrankungen ICD-10: F32, F33, F34	Somatoforme Störungen ICD-10: F45	Angsterkrankungen ICD-10: F40, F41, F43	Essstörungen ICD-10: F50	Persönlichkeitsstörungen ICD-10: F60	M (SD)	M (SD)	%
Frauen (n=1227)	45.2 (7.48)	719 (58,6%)	251 (20,4%)	198 (16,2%)	22 (1,8%)	37 (3,0%)	28,6 (8,3)	4.16 (2.39)	31,1
Männer (n=862)	47,9 (7,56)	472 (54,5%)	122 (14,2 %)	189 (21,9 %)	3 (0,4%)	76 (9,0 %)	26,4 (6,7)	5,29 (0,99)	21,6



# Diagnosen der Gruppe erste und vierte Generation (Kizilhan, Bengel, Haag, 2011)



<sup>1</sup>Vierfelder Chi<sup>2</sup>-Test mit Kontinuitätskorrektur nach Yates

# Migration und Schizophrenie

- Migranten aus Norwegen erkrankten häufiger an Schizophrenie als die einheimische Bevölkerung in der USA (Ösgard, 1932)
- Migranten in Wales und England (70er Jahre) (Cochrane, R., 1971)
- Inder, Pakistani, Menschen mit afro-karibischem Hintergrund in England (Littlewood, R., 1988; Mc Govern et al. 1987)
- Vergleichsstudien zeigen niedrigere Werte im Herkunftsland als im Residenzland
- Übersichtsarbeit von Cantor-Graae und Selten (2005):
  - 18 Studien aus England, Dänemark, Schweden, den Niederlanden und Australien
  - Migranten aus Industrieländern erkrankten weniger an Schizophrenie (RR, 2,3; 95% CI: 1,7-3,1) .
  - Das relative Risiko für eine Schizophrenie war für Migranten der ersten Generation geringer (Relatives Risiko [RR] 2,7; 95% CI:2,3-3.2) als für Migranten der zweiten Generation
- Berücksichtigung von psychosozialen Faktoren

# Strukturelle Gewalt und Trauma

- Krieg, innerstaatlicher oder halbstaatlicher Krieg,
- ethnische und religiöse Auseinandersetzungen,
- Folter und Flucht,
- Kinder im Krieg,
- Unbegleitete Kinder und Jugendliche in der Migration



# Trauma

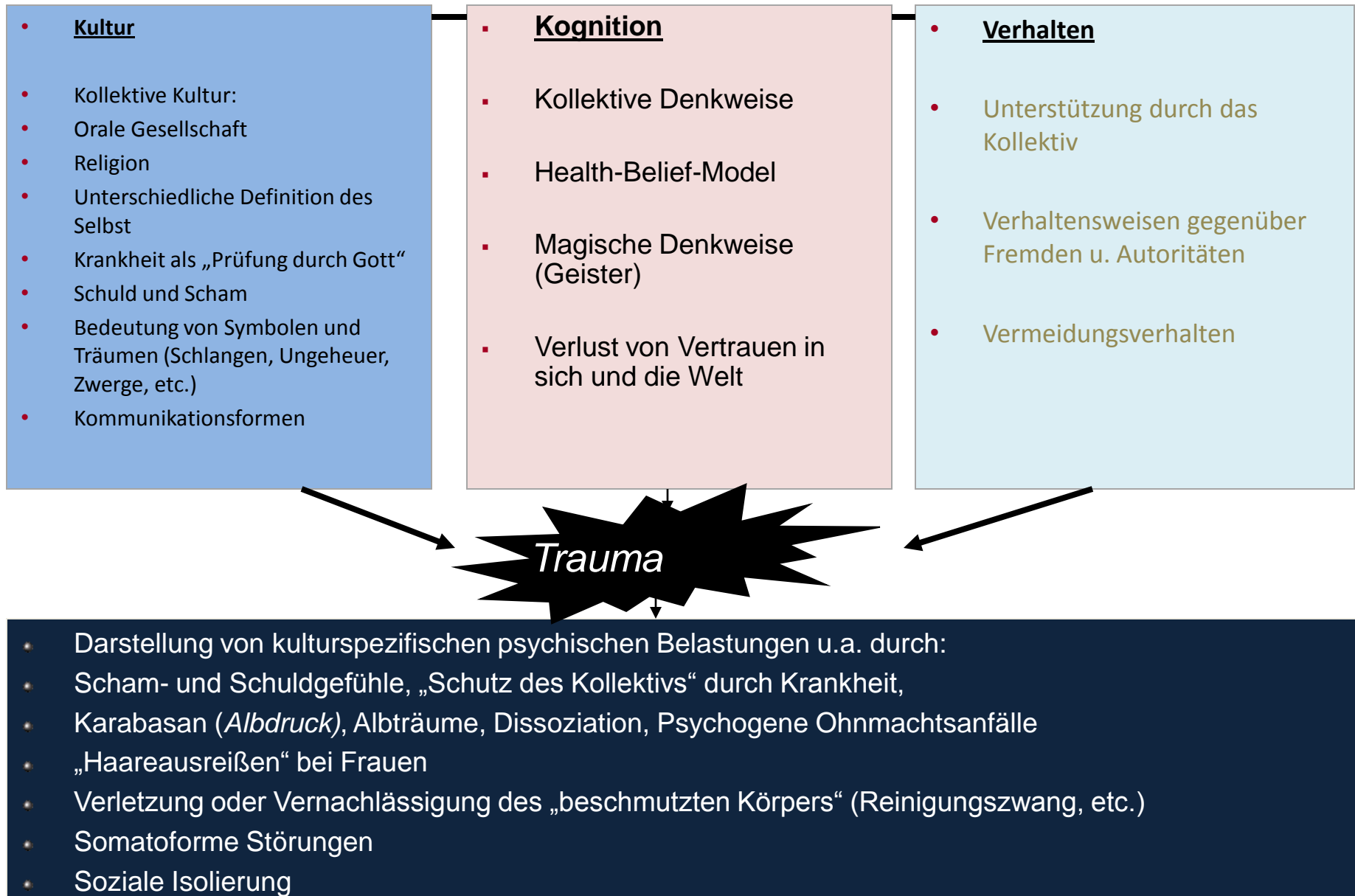
Bedrohung mit Tod, Lebensgefahr, Körperverletzung oder Autonomieverlust bei sich oder einer anderen Person.

Unangemessene sexuelle Erfahrung in der Kindheit

Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Angelehnt an DSM-IV

# Kulturspezifische Aspekte von traumatisierten Menschen aus anderen Kulturen



PTSD - Komorbiditäten	Kurd. Pat. (N=16)		Deut. Pat. (N=15)		Gesamt (N=31)		$\chi^2$ (df=1)	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Affektive Störungen (F30-39)</b>	<b>12</b>	<b>75,0</b>	<b>10</b>	<b>66,6</b>	<b>22</b>	<b>70,1</b>	<b>1,85</b>	<b>0,02</b>
Angststörung (F40-41)	10	62,5	8	53,3	18	58,1	1,55	0,26
Somatoforme Störungen (F45 – 45.9)	9	56,3	3	20,0	12	38,7	1,65	0,42
Zwangsgedanken (F42.0)	3	18,7	2	13,3	5	16,1	0,16	0,02
Zwangshandlungen (F42.1)	7	43,7	3	20,0	10	32,2	3,02	1,12
Essstörung (F50)	0	0	4	26,6	4	12,9	0,40	0,46
Persönlichkeitsstörungen (F60)	2	12,5	6	40,0	8	25,8	0,78	0,31
Substanzen (F10-19)	6	37,5	6	40,0	12	38,7	0,10	0,002
Organische Beschwerden (Magen, Diabetes, Herz-Kreislauf, gynäkologische Beschwerden)	9	56,3	3	20,0	12	38,7	0,80	0,34

# Erklärungsmodell

- Für Patienten aus traditionellen Kulturen ist diese gemeinsame Entwicklung eines Erklärungsmodells ungewohnt, sie erwarten vielmehr, dass der Therapeut nach der ersten Untersuchungsstunde ein komplettes Erklärungsmodell liefert
- Früher wurde das Erklärungsmodell mit magischen, religiösen und medizinischen Aspekten von den traditionellen Heilern für die Patienten entwickelt.



# Versorgung

- Auf die Behandlung von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Störungen sind die psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssysteme in Deutschland noch nicht ausreichend vorbereitet.
- Ziel ist die Öffnung und Qualifizierung des Gesundheitssystems im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, um Menschen mit Migrationshintergrund mit denselben Qualitätsstandards und Heilerfolgen zu behandeln wie Einheimische:

## **Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten**

---

**BPtK-Standpunkt vom 14. Juni 2010**



„Es gibt kein gelingendes Verstehen eines anderen, das nicht zugleich das Verständnis, das man von sich selbst hat, verändert“.

Hans- Georg Gadamer



Vielen Dank!