

Interkulturelle Psychotherapie

Wichtige Aspekte bei der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten

Thurnau, 7. Oktober 2015

Dr. Ali Kemal Gün

a.k.guen@lvr.de

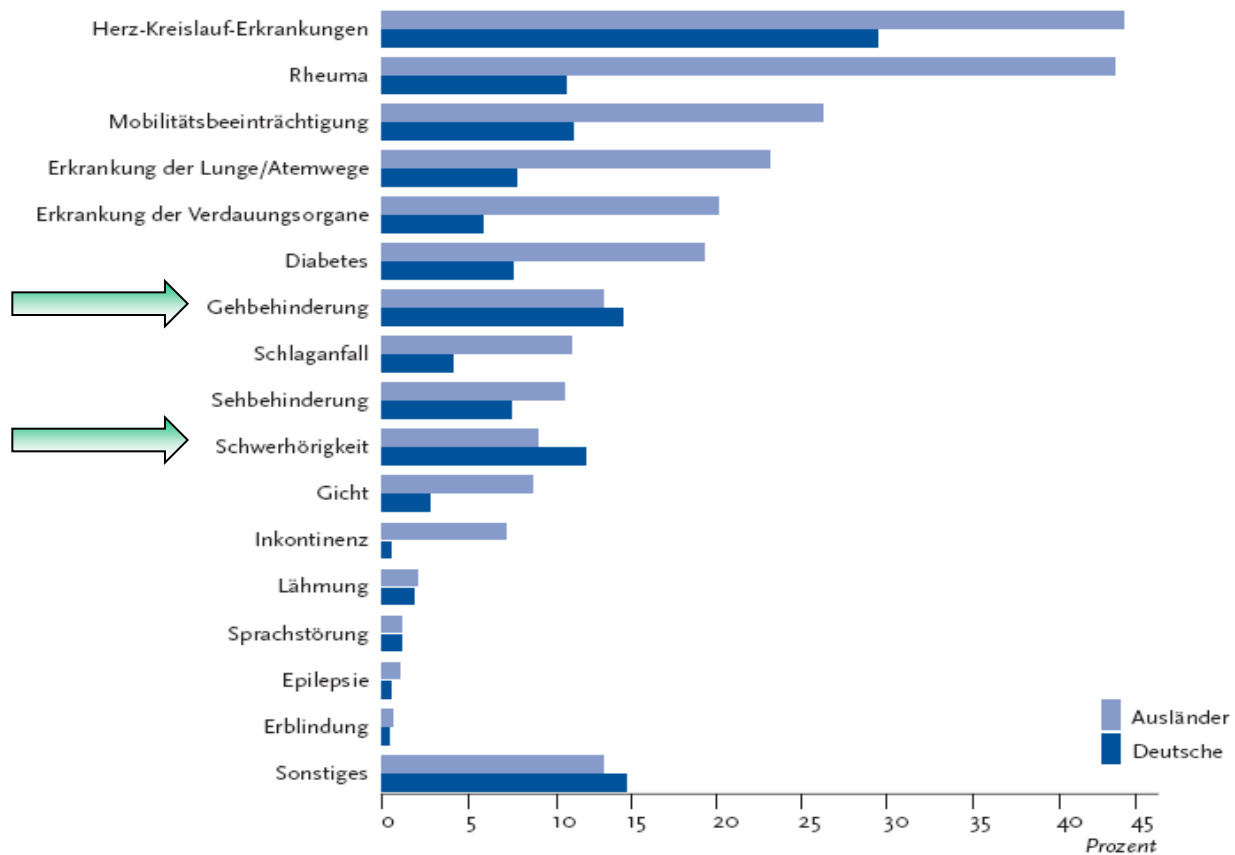
Inhalt

- Erhöhte Krankheitsrisiken bei Migranten im Verhältnis zu Deutschen
- Weshalb sind die Migranten höhere Krankheitsrisiken ausgesetzt?
 - 1) Historische Rückblick über die Arbeitsmigration im Nachkriegsdeutschland und erschwerte Arbeits- und Lebensbedingungen für die „Gast-Arbeiter“ **(am 07.10.2015 nicht behandelt)**
 - 2) Krankheitsfördernde bzw. –begünstigende Faktoren bei Migranten
- Inanspruchnahme-Verhalten der Migranten
- Krankheitsverständnis und Krankheitserleben im Orient
- Interkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migranten
- Migrantensensible Anamneseerhebung
- **Am 07.10.2015 bis hierhin behandelt**
- Interkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migranten am Beispiel der Türkeistämmigen (Drei Beispiele)
 1. Familienstruktur der Türkeistämmigen
 2. Religiöse Vorstellungen und Krankheitsverständnis am Beispiel des Islam
 3. Sucht und Migration
 4. Organchiffren und körperbezogenen Signalen und Metaphern im türkischen Sprachgebrauch
- Historische Rückblick über die Arbeitsmigration im Nachkriegsdeutschland und erschwerte Arbeits- und Lebensbedingungen für die „Gast-Arbeiter“

Erhöhte Krankheitsrisiken bei
Migranten im Verhältnis zu Deutschen

Gesundheit von Migranten RKI (Robert Koch-Institut) 2008, Migration und Gesundheit

Abbildung 5.4.1
Krankheiten/Beschwerden, die bei ausländischen Staatsangehörigen (55 Jahre und älter)
und Deutschen (60 Jahre und älter) zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen führten
Quelle: Freie und Hansestadt Hamburg, Sozial-empirische Studie,
Ausländische Seniorenbefragung 1996 und deutsche Seniorenbefragung 1991/92 [32]



Weshalb sind die Migranten höhere Krankheitsrisiken ausgesetzt?

Zwei Erklärungsversuche:

1. Historische Rückblick über die Arbeitsmigration im Nachkriegsdeutschland **und** erschwerte Arbeits- und Lebensbedingungen für die „Gast-Arbeiter“
2. Krankheitsfördernde bzw. –begünstigende Faktoren bei Migranten

zu 1)

Historische Rückblick über die Arbeitsmigration im Nachkriegsdeutschland **und** erschwerte Arbeits- und Lebensbedingungen für die „Gast-Arbeiter“

Am Ende des Seminars, falls zeitlich möglich ist

zu 2)

Krankheitsfördernde bzw. –begünstigende Faktoren bei Migranten

Folgende psychosozialen Faktoren können bei Migranten als krankheitsfördernd bzw. –begünstigend betrachtet werden:

- Trennungs- und **Entwurzelungserlebnis**,
- **Enttäuschungsgefühle** in Bezug auf nicht erfüllte Wunschvorstellungen
- **Erwartungshaltung** der Familien in der Heimat.
- familiäre **Belastungssituationen** (z.B. Trennung der Familie durch Migration)
- **Generationskonflikte**
- **Zerfall** familiärer und sozialer **Lebenszusammenhänge**
- **narzisstische Kränkung**

- Verlust der haltgebenden kulturellen, ethnischen und religiösen Werte
- Normen- und Rollenkonflikte Identitätsprobleme, Rollenverluste, Rollendiffusionen und Verlust von Selbstwertgefühl
- große Anpassungsleistung an die Aufnahmegesellschaft
- Verlust an kommunikativen Beziehungen
- bei Frauen Mehrfachbelastung durch Arbeit, Haushalt und Kindererziehung
- Fragliche Zukunftsorientierung
- sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme
- höhere Arbeitsplatzgefährdung, höhere Arbeitslosigkeit und damit verbundene Existenzängste

Inanspruchnahme-Verhalten der Migranten

- Migranten nehmen bei psychischen Problemen häufig erst **sehr spät** fachliche Hilfe in Anspruch, da sie oftmals im Vorfeld versuchen, ihre Probleme im **Familien-, Verwandten- oder Bekanntenkreis** zu lösen.
- In der Primärversorgung werden ihre **Probleme** nicht bzw. **sehr spät erkannt**,
- die Erkrankungen haben oft bereits einen **chronischen Verlauf** angenommen, **bevor** **professionelle Hilfe** in Anspruch genommen wird.

- Mehrere Untersuchungen stellen fest, dass z.B. türkische Patienten seltener eine Empfehlung für die ambulante Psychotherapie bekommen als deutsche Patienten.
- Einige Gründe:

- 1) **Verständigungsschwierigkeiten** sprachlicher, kultureller und religiöser Art
- 2) Schwierigkeiten beim **Aufbau einer tragfähigen** Behandler-Patient-Beziehung
- 3) Verhältnismäßig **höherer Arbeitsaufwand** für die Behandler
- 4) **Mangelnde interkulturelle Kompetenz** der Behandler bzw. des Behandlerteams
- 5) Fehlende **strukturelle Rahmenbedingungen** in der Versorgung und Behandlung der Migranten-PatientInnen in ihren (oft) spezifischen Problemlagen

- Dies hat zur Folge, dass Migranten-Patienten häufig von sich aus die Behandlung **vorzeitig abbrechen** bzw. aus der stationären Behandlung vergleichsweise **früh entlassen** werden.
- Obwohl besonders in den letzten Jahren eine **zunehmende Sensibilisierung** zu verzeichnen ist und **gute Ansätze** erprobt werden, **bestehen immer noch** ernst zu nehmende **Zugangsbarrieren** zu den sozialen und auf Gesundheit bezogenen Diensten.

Krankheitsverständnis und Krankheitserleben im Orient

- Kulturelle Unterschiede haben einen erheblichen Einfluss auf die Krankheitswahrnehmung und -bewältigung.
- „Für die Begriffe Gesundheit und Krankheit gelten Kulturstandards in besonderem Maße, was auch bedeutet, dass jede Krankheitsäußerung in gewissem Sinne kulturspezifisch ist.“ (Thomas et al., 2003).
- Der Zusammenhang von religiösen und magischen Vorstellungen (z.B. die Existenz von Geistern, Djinnen, Symbolen, Ritualen) auf der einen und Krankheit auf der anderen Seite spielt noch heute für viele MigrantInnen eine wichtige Rolle (Heine et al., 2005).

- Das Schmerzempfinden und auch der Schmerzausdruck sind nicht nur individuell unterschiedlich, sondern auch kulturell unterschiedlich.
- Es gibt eine kulturell gelernte Art und Weise, wie man Schmerzen empfindet und zum Ausdruck bringt.
- Orientalische Patienten erleben die Krankheiten (wie z.B. den Schmerz) als eine Ganzheit.
- Das heißt, wenn ein Organ schmerzt, dann sagt man nicht, dieses Organ tut weh oder da habe ich Schmerzen, sondern man sagt, ich bin krank.

- So geht der **orientalische Patient** zum Arzt und sagt,: „Ich bin krank“.
- Es ist nun die Aufgabe des Arztes herauszufinden, was er hat.
- Der deutsche Arzt wiederum **erwartet** von den Patienten eine **differenzierte Beschreibung**, also er soll beschreiben, wo es weh tut, welches Organ usw.
- Um eine differenzierte Beschreibung machen zu können, benötigt man erst einmal die **Anatomiekenntnisse**.
- Aber ein Patient, der z. B. aus einer **ländlichen Gegend** der Türkei kommt und **Analphabet** ist, hat es nicht gelernt, sich differenziert auszudrücken.

Von Bedeutung ist dabei:

- Kommt der Mensch aus ländlichen oder städtischen Gebieten?
- Kommt er z.B. aus der Osttürkei oder aus der Westtürkei?
- Welchen religiösen Hintergrund hat er?
- Wie religiös ist er?
- Wie traditionell ist er?
- Welchen Bildungshintergrund hat er?
- Wie ist er sozialisiert?

Zu berücksichtigen ist, dass

- die orientalischen Gesellschaften **kollektivistisch** geprägt sind und
- nicht selbstverständlich ist, mit den Außenstehenden über die **interne Angelegenheiten der Familie** zu reden, auch wenn diese Ärzte oder Therapeuten sind.

Daher sehr darauf ankommt, ob eine **tragfähige Vertrauensverhältnis** aufgebaut werden kann

- Es scheint sehr wichtig zu sein, eine **spezifische Anamnese** zu erheben, die die **sprachliche Fähigkeiten**, **kulturelle Besonderheiten** und **religiöse** Vorstellungen der Migrant-Patienten berücksichtigt.

Um im interkulturellen
Überschneidungssituationen effektiv arbeiten zu
können, benötigen wir, im Gesundheitssektor
Tätige, **interkulturelle Kompetenzen**,

Interkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migranten

Interkulturelle Kompetenz

- Unter interkultureller Kompetenz wird zunächst die Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion, Empathie, Flexibilität und Anerkennung von Vielfalt verstanden.
- Dabei handelt es sich um die Kompetenz, auf Grundlage bestimmter Haltungen und Einstellungen in interkulturellen Überschneidungssituationen effektiv und angemessen zu agieren.
- Interkulturelle Kompetenz ist keine eigenständige Handlungskompetenz, sondern die Summe aus individuellen, sozialen, professionellen und strukturellen Kompetenzen.

- Die Arbeit mit Migranten-Patienten erfordert zunächst die Überwindung der **eigenen Fremdheitsgefühle** seitens des Behandlers.
- Die Überwindung von **eigenen Abwehrhaltungen** ist eine wesentliche Voraussetzung für den **Erwerb interkultureller Kompetenz**.

Drei Hauptsäulen der Interkultureller Kompetenz

- 1) Haltung, die Klienten als Mensch zu akzeptieren und zu achten
 - 2) Wissen über Andere und über sich selbst
 - 3) Handlungskompetenz im Umgang mit den Klienten
- Grundsätzlich gilt, dass in diesem Bereich Tätigen in der Lage sind, in einer Atmosphäre der **Offenheit**, **Achtung**, **Anerkennung**, **Wertschätzung** und **Neugierde**, eine zufrieden stellende und **tragfähige Beziehung** und **Kommunikation** herzustellen.

Interkulturelle Handlungskompetenz bedeutet:

- den eigenen und fremden kulturellen Standort kennen
- **Selbstreflexion** → die **Fähigkeit** und **Bereitschaft**, das **eigene internalisierte Wertesystem** kritisch zu reflektieren und wenn nötig anzupassen, um **offen für Neues zu sein**
- Andersartigkeit nutzen
- Ethnozentrismus abbauen
- kulturangemessen kommunizieren
- in kulturellen Überschneidungssituationen interkulturell kompetent handeln

- Zufriedenheit und Effizienz in der Zusammenarbeit mit Mitarbeitern und Klienten steigern
- tieferes Verständnis über kulturelle Zusammenhänge erreichen
- Konfliktfähigkeit
- Kreativität, Empathie, Offenheit, Flexibilität
- Toleranz, Achtung und Anerkennung von fremdkulturellen Orientierungen
- **Dezentrierung** (PA: Distanzierung des Therapeuten von seinen eigenen kulturellen Bezugspunkten)
- **Ambiguitätstoleranz** (Zentrale Kompetenz; Fähigkeit, Ungewissheit, Unsicherheit, Fremdheit, Nichtwissen und Mehrdeutigkeit zur Kenntnis zu nehmen und auszuhalten)
- Transfer des Gelernten in die eigene Organisationsstruktur

- In Der Arbeit mit Migranten ist von großer Bedeutung zunächst eine **tragfähige Beziehung** aufzubauen
- Gelingt das, dann drängen die **kulturspezifische Aspekte** im Hintergrund und spielen eher eine untergeordnete Rolle.
- Es gibt **Kommunikationsbarrieren**, die zu **beiderseitigen *Unsicherheiten* und *Hilflosigkeiten*** führen. Diese können u.a.
 - sprachlicher, kultureller, ethnischer, religiöser, emotionaler **und**
 - sozialpolitischer Natur sein

- Umso wichtiger scheint zunächst **vor** bzw. **während** eines dialogisch- / diagnostisch- / therapeutischen Prozesses eine möglichst gründliche und ausführliche **biographische- und eine Familienanamnese** zu erheben.

Migrantensensible Anamneseerhebung

Migrantensensible Anamneseerhebung

- Eine „effektive“ Behandlung setzt voraus, dass im Vorfeld eine treffende Diagnose gestellt wird.
- In Rahmen des diagnostischen Prozesses ist eine gründliche Anamneseerhebung von großer Bedeutung.
- Damit ist eine sorgfältige, **sprach- und kulturverstehende, ethnische** und **religiöse** Aspekte berücksichtigende spezifische Anamneseerhebung gemeint.

Bei einer migrantensensiblen Anamneseerhebung sollen folgende Aspekte deutlich hervorgehen

• **Herkunftsregion,**

• **Einfluss der traditionellen Norm- und Wertvorstellungen,**

• **religiöse Orientierung,**

• **Rolle und Status des Indexpatienten in der Familie und**

• **die innerfamiliären Beziehungsmuster.**

- Ohne hohe Erwartungen und Ansprüche an Veränderungen („Lösungsneutralität“) sollte zunächst versucht werden, einen **vertrauensfördernden Therapiekontext** (auch Voraussetzung einer gründlichen Anamnese) zu schaffen, in dem es auch möglich ist, **familieninterne Probleme** zu thematisieren und die Auseinandersetzungsfähigkeit des Patienten zu fördern und zu unterstützen.
- Dabei ist es wichtig zu unterscheiden, ob die kulturspezifischen Besonderheiten einer „**Abwehrhaltung**“ oder einer „**Kulturimmanenz**“ zuzuordnen sind.

Zu einer migrantensensible Anamneseerhebung gehört:

- Biographische Anamnese,
- Familienanamnese,
- Erhebung der
 - Störungs-,
 - Entwicklungs- und
 - Krankheitsgeschichte,
- Kenntnisse über **folgende Aspekte**, die in der Untersuchungssituation eruiert werden müssen:

- **Migrationsmotivation** (ökonomisch, Familiennachzug, Asyl, politische oder ethnische Verfolgung).
 - Wer waren die Entscheidungsträger?
 - Wer folgte wem?
- **Erwartungen an die Migration** (in Erfüllung gegangen, nicht in Erfüllung gegangen, erlebte Enttäuschungen, sozialer Auf- oder Abstieg)
- **Statusverlust durch die Migration** und damit verbundene mögliche **Enttäuschungen, Verluste** und **Kränkungen**
- **Trennungen in der Familie**, hinterlassene Ehepartner, Kinder (insbesondere das Problem der **Kofferkinder**)
- **Familienstruktur und unterschiedliche Familienmodelle** (traditionell oder eher städtisch orientiert, innerfamiliäre Rollenzuweisungen, Geschlechterrollen usw.)
- kulturelle- und religiöse Hintergründe
- erlebte **traumatische Ereignisse** und unbewältigte psychische Konflikte

- **Fremdanamnese** (Familienangehörige, Vertraute bzw. Respektpersonen, Akten usw.)
- **Arbeitsbiographie** (Ausbildung, feste Arbeitsverhältnisse, Arbeitszufriedenheit, Arbeitslosigkeit, usw.)
- **Ausländerrechtliche Schwierigkeiten und Behördenimage**
- **Aufenthaltsstatus** (gesichert oder ungesichert, Aufenthaltsberechtigung, deutsche Staatsbürgerschaft, drohende Ausweisung usw.)
- **Assimilationsdruck bzw. Marginalisierung** (Stagnation)
- **Sprachkompetenz und Vertrautheit mit der Kultur** des Aufnahmelandes als Zeichen der Integrationsleistung
- **Zukunftspläne** und deren Realisierbarkeit
- kultur- und religionsspezifische Vorstellungen

- Migranten-Patienten und deren Angehörige bedürfen häufig einer **zusätzlichen Erläuterung** des **Kontextes der Behandlung**;
- Denn diese sind ihnen möglicherweise **fremd** oder sie betrachten die **Institutionen der Aufnahmegesellschaft** - aufgrund von **negativen Erfahrungen** oder **Projektionen** - mit **Skepsis**.

Anforderungen
an
Interkulturell kompetente Beratern bzw.
Therapeuten

- 1) Allgemeine Haltung / Grundhaltung** (Bereitschaft des Beraters / Therapeuten, sich auf ein interkulturelles Setting einzulassen und Neugier auf das Fremde, Unbekannte usw.)
- 2) Interethnisches Beratungs- bzw. Therapiesetting** (Fähigkeit zur Vermeidung von Überbetonung bzw. Verleugnung kultureller, religiöser, ethnischer und sprachlicher Unterschiede, Berücksichtigung kulturspezifische Besonderheiten, Hinterfragen, was man nicht versteht usw.)
- 3) Reflexionsfähigkeit** (Selbstreflexion und Selbsterfahrung des Therapeuten, Bereitschaft, eigene Standards als kulturspezifisch zu betrachten und in Frage stellen zu können)
- 4) Kommunikation / Interaktion** (Interkulturelle Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit, Echtheit und Unvoreingenommenheit in der Begegnung usw.)
- 5) Aus-, Fort- und Weiterbildung**