

Hochschule Magdeburg-Stendal
Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften
Studiengang Rehabilitationspsychologie B. Sc.

Die transkulturelle Begegnung zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und Therapeuten in der Psychotherapie

„Bachelor-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades des Bachelor of Science
Rehabilitationspsychologie“

Theresia Willmitzer

Matrikelnummer: 20112260

Hallstraße 39

39576 Stendal

theresia.willmitzer@waterquality.de

vorgelegt am 03.09.2014

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Nicola Wolf-Kühn

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Matthias Gründel

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	3
1 Einleitung.....	4
2 Einführung in die transkulturelle Thematik	6
2.1 Kultur und Transkulturalität.....	6
2.2 Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland.....	10
2.2.1 Grundlagen von Migration und Menschen mit Migrationshintergrund	10
2.2.2 Demographische Zahlen von Migrantengruppen	13
2.2.3 Die psychosoziale Problemlage von Menschen mit Migrationshintergrund.....	15
2.2.4 Psychische Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund	18
2.2.5 Die psychotherapeutische Versorgungssituation	21
3 Kommunikation zwischen Menschen verschiedener Kulturen.....	24
3.1 Kommunikation und Sprache.....	24
3.2 Zusammenhang von Kultur und Kommunikation	26
3.3 Erklärungsansätze zur Entstehung von Missverständnissen.....	28
4 Transkulturelle Besonderheiten im therapeutischen Setting.....	34
4.1 Psychotherapie und die Bedeutung von Sprache	34
4.2 Kulturspezifische Faktoren in der Psychotherapie	37
4.3 Psychotherapeuten in der transkulturellen Situation	43
4.4 Verständigungsstörungen im therapeutischen Kontext.....	46
4.5 Schwierigkeiten für eine angemessene Therapie	50
4.6 Bewertung von kulturellen Differenzen	54
5 Ansätze für eine migrations- und kultursensible Psychotherapie	59
6 Fazit	63
Literaturverzeichnis	66
Eigenständigkeitserklärung	78

Zusammenfassung

In Deutschland ergibt sich aufgrund der verstärkten Zuwanderung die Situation, dass der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung und somit im psychotherapeutischen Versorgungsbereich steigt. In der vorliegenden Arbeit fand eine Auseinandersetzung mit psychotherapeutischen Schwierigkeiten zwischen Patienten mit Migrationshintergrund und deutschen Psychotherapeuten statt. Daraus wurden Ansätze bezüglich der therapeutischen Haltung abgeleitet, welche die Basis einer gelungeneren Behandlung bilden können. Die Grundlage der folgenden Erkenntnisse bildet eine Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken und Hochschulbibliotheken. Die therapeutischen Probleme bezogen sich primär auf Verständigungsschwierigkeiten und einer als nicht überwindbar wahrgenommenen kulturellen Differenz. Im Ergebnis erfordert die Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund weniger besondere Qualifikationen oder kulturspezifisches Wissen der Behandelnden, sondern eher eine gemeinsame Sprachbasis und gute therapeutische Grundkompetenzen. Die Ergebnisse sind zu diskutieren, da sich die derzeitige Studienlage in Deutschland verstärkt auf die Erfahrungen der Professionellen stützt und weniger die Meinungen der Patienten mit Migrationshintergrund berücksichtigt.

1 Einleitung

Aus verschiedenen Gründen verlassen Menschen das eigene Heimatland, um sich ein neues Leben in einer anderen Gesellschaft aufzubauen (Demiralay & Haasen, 2011). Migration wird als ein Prozess gesehen, welcher weit verbreitet von Beginn an das gesellschaftliche Leben prägt (Kraus & Koch, 2006). Die zunehmenden Migrationsbewegungen bewirken, dass sich Deutschland zu einem Einwanderungsland entwickelte (Köhler, 2005). Dies hat zur Folge, dass Menschen aus unterschiedlichen Kulturen in der hiesigen Gesellschaft verstärkt aufeinander treffen (Herwartz-Emden & Strasser, 2013). Jedoch besteht die Problematik, dass die Situation besonders zur Zeit der Zuwanderungswelle durch erste Arbeitsmigranten Ende der 50er Jahre gesellschaftlich, politisch verleugnet und erst Jahrzehnte später wahrgenommen und akzeptiert wurde. Das hat zur Folge, dass Menschen mit Migrationshintergrund erst in den letzten Jahren in der psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung zunehmend thematisiert werden und sich allmählich Forschungsliteratur in diesem Bereich entwickelt (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007).

Die Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund wird aufgrund der höheren Anforderungen meist konfliktreicher gesehen (Grützmann, Rose & Peters, 2012). Aus diesem Grund bezieht sich die vorliegende Arbeit auf die Frage, welche Schwierigkeiten in der Psychotherapie im Miteinander zwischen Patienten mit Migrationshintergrund und einheimischen deutschen Therapeuten entstehen. Darauf basierend werden Lösungsmöglichkeiten zur Verminderung von Missverständnissen abgeleitet. Kommunikation bildet die Grundlage für Psychotherapie (Senf & Broda, 2012), weshalb der Schwerpunkt auf die Entstehung von Missverständnissen gelegt wird. Jedoch können Schwierigkeiten im Miteinander nicht nur auf das Sprachliche reduziert werden. Aus diesem Grund werden weitere Faktoren, die in der Begegnung von Menschen unterschiedlicher Kulturen von Relevanz sind, berücksichtigt. Die Zielsetzung liegt darin, gemeinsame Erfahrungen von deutschen Psychotherapeuten und Patienten mit Migrationshintergrund zu erfassen und Probleme unter Beachtung weiterer Aspekte herauszuarbeiten. Von diesen Informationen ausgehend können Erkenntnisse über die derzeitige psychotherapeutische Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe in Deutschland und notwendige Veränderungen abgeleitet werden.

In der folgenden Arbeit wird die Situation beleuchtet, bei der Patienten einen Migrationshintergrund aufweisen und Therapeuten einheimisch sind. Weitere Konstellationen, wie eingewanderte Therapeuten und einheimische Patienten oder ein Migrationshintergrund auf

beiden Seiten, werden weniger thematisiert. Der oben genannte Schwerpunkt wurde gewählt, weil sich die Studienlage fast durchgängig auf die erstgenannte Situation bezieht. Inhaltlich ist zu erwähnen, dass Patienten mit Migrationshintergrund nicht als eine einheitliche Gruppe betrachtet werden können. Aufgrund der verfügbaren und hier zugrundeliegenden Literatur kann im Verlauf der Arbeit gelegentlich der Eindruck entstehen, dass dies jedoch der Fall ist. Es wird der Fokus auf die gegenwärtige Situation in Deutschland gelegt, weshalb die Inhalte nicht ohne Weiteres länderübergreifend übertragen werden können. In der Auseinandersetzung mit der Thematik wird nicht zwischen den Patienten nach ihrem Aufenthaltsstatus differenziert. Beispielsweise würden sich in der Behandlung von Menschen ohne legale Aufenthaltserlaubnis weitere, überaus belastende Besonderheiten für sie und ihre Behandelnden ergeben (Haasen, 2000). Des Weiteren wird im Einzelnen nicht auf die spezifische Situation von eingewanderten oder in Deutschland von Migranten geborenen Kindern eingegangen. Es findet keine explizite Unterscheidung zwischen der ersten und zweiten Generation der Familien mit Migrationshintergrund statt.

Im ersten Kapitel werden als Basis für die Thematik verschiedene Kulturkonzepte und migrationsspezifische Themen dargestellt. Der darauffolgende Abschnitt beschäftigt sich mit Spezifika von Kommunikation im Zusammenhang mit Kultur. Auf dieser Grundlage werden unter Bezugnahme von Kommunikationsmodellen erste Besonderheiten herausgearbeitet, welche Missverständnisse in der Begegnung Menschen unterschiedlicher Kulturen auslösen können. Das vierte Kapitel führt als Schwerpunkt der Arbeit die vorherigen Informationen über Kultur, Migration und Kommunikation zusammen. Die Inhalte werden auf die Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund übertragen, wodurch Probleme in der transkulturellen Begegnung konkretisiert werden. Daraus werden schließlich Bedingungen für eine migrations- und kultursensible Psychotherapie abgeleitet.

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer Literaturrecherche. Diese bezog sich auf zentrale Wörter, wie Kultur, Transkulturalität, Kommunikationsschwierigkeiten, Migration und psychische Erkrankungen, Migranten in der Psychotherapie, kulturelle Behandlungsprobleme, inter-/ transkulturelle Psychotherapie, Umgang mit dem Fremden und inter-/ transkulturelle Kompetenz in deutscher und englischer Sprache, einschließlich Synonyme. Hierzu wurden im Zeitraum von April bis August 2014 fachlich einschlägige Bücher und wissenschaftliche Datenbanken, wie SpringerLink, Thieme Connect und PsycINFO verwendet. Es wurden psychotherapeutische, medizinische und ethnologische Fachzeitschriften herangezogen. Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wird in der Arbeit das männliche Geschlecht für die Bezeichnung von Personen verwendet. Hierbei werden stets weibliche wie männliche Personen eingeschlossen.

2 Einführung in die transkulturelle Thematik

Dieses Kapitel beschäftigt sich zunächst mit den Konzepten von *Kultur* und *Transkulturalität*, welche die Basis dieser Arbeit bieten. Im Folgenden werden grundlegende Informationen über Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland dargestellt.

2.1 Kultur und Transkulturalität

Als Grundlage für die Auseinandersetzung mit Begegnungen zwischen Menschen unterschiedlicher Herkunft ist es erforderlich, ein Verständnis über den Begriff *Kultur* zu entwickeln. In diesem Abschnitt werden verschiedene Herangehensweisen an diesen Begriff dargestellt. Ausgehend vom *statischen* und *dynamischen Kulturverständnis* wird das Konzept von *Transkulturalität* thematisiert. Es wird abgeleitet, inwieweit die jeweiligen Kulturkonzepte den Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen beeinflussen. Die Frage wird diskutiert, weshalb die Bezeichnung *transkulturell* im Vergleich zu *multi-* und *interkulturell* für die Begegnung im therapeutischen Kontext zu bevorzugen ist.

Aufgrund der unterschiedlichen Interessenschwerpunkte, Fachgebiete und Kontexte wird der Begriff Kultur selbst im wissenschaftlichen Bereich nicht einheitlich verwendet (Dech, 1998; Mecheril, 2008a). Nach Thomas (2003c) ist Kultur ein „universelles Phänomen. Alle Menschen leben in einer spezifischen Kultur und entwickeln sie weiter. Kultur strukturiert ein für die Bevölkerung spezifisches Handlungsfeld, das von geschaffenen Objekten bis hin zu Institutionen, Ideen und Werten reicht“ (S. 22). In verschiedenen Definitionen wird deutlich, dass Kultur den Menschen ein gemeinsames Sinnsystem zur Verfügung stellt und diese sich darüber in einer Gemeinschaft verbunden sehen (Dreißig, 2005; Machleidt & Callies, 2012; Polzius, 2011). Helfrich (2013) erwähnt, dass sich Menschen in mehreren Gesellschaften integriert fühlen können, d. h. dass sich die „kulturelle Zugehörigkeit nicht notwendigerweise auf eine einzelne Kultur“ (S. 22) beschränken muss.

Kultur beeinflusst die menschliche Wahrnehmung, das Handeln, Beurteilen und beinhaltet bestimmte Symbole. Durch Kultur wird der Mensch in seinem Bedürfnis erfüllt, sich in bekannten und in fremden Kontexten orientieren zu können und seinem Dasein einen Sinn zu verleihen (Thomas, 2003c). Die kulturellen Werte und Normen bestimmen, welche Verhaltensweisen durch die Gesellschaft akzeptiert werden (Wohlfahrt, Özbek & Heinz, 2005). Kultur wird von Hall und Hall (2009) als eine *silent language* bezeichnet, welche eine

implizite Verbindung zwischen Gruppenmitgliedern herstellt. „The silent language includes a broad range of evolutionary concepts, practices, and solutions to problems which have their roots not in the lofty ideas of philosophers but in the shared experiences of ordinary people” (Hall & Hall, 2009, S. 3).

Menschen eignen sich Kultur im Laufe ihrer Sozialisation an (Haasen, 2000). Der Prozess, bei dem Kulturmuster verinnerlicht werden und zur Identitätsbildung beitragen, wird als *Enkulturation* bezeichnet. In Hinsicht auf die zentrale Fragestellung ist festzuhalten, dass hierbei ebenso Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit ausgebildet werden (Wohlfahrt et al., 2005). Kultur wird von den Mitgliedern einer Gemeinschaft aus ihrer Kreativität heraus selbst geschaffen (Dreißig, 2005; Friedman, 2005).

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Kultur neben der Stiftung von Gemeinsamem innerhalb einer Gemeinschaft auch zu Abgrenzungen gegenüber anderen Menschen führt bzw. führen kann (Schweitzer-Rothers, 2014). Dass Kultur andererseits auch durch Interaktion zwischen den Kulturkreisen entsteht, macht das Zitat von Erdheim (2000) deutlich: „Kultur ist das, was in der Auseinandersetzung mit dem Fremden entsteht; sie ist gewissermaßen das Produkt der Veränderung des Eigenen durch die Aufnahme des Fremden“ (S. 178). In der vorliegenden Arbeit wird betrachtet, inwieweit im therapeutischen Kontext Kultur und kulturelle Differenzen wahrgenommen werden.

Innerhalb der Kulturkonzepte sind zwei Hauptpositionen voneinander abzugrenzen. Diese umfassen das *klassische* und das *dynamische* Konzept (Grützmann et al., 2012). Das klassische Verständnis beinhaltet die Annahme, dass Kulturen in sich geschlossen, nach außen hin klar abgegrenzt sind und kaum Veränderungen aufzeigen (Leenen, Groß & Grosch, 2008). Als bildliche Umschreibung für das Konzept bietet sich die Vorstellung von Kulturen als Kugeln oder Inseln an. Da Austauschprozesse mit anderen Gemeinschaften weniger angenommen werden, wird eher von Zusammenstößen zwischen den Kulturen ausgegangen (Florentina, 2011). Als exemplarisches Modell für den klassischen Ansatz kann der Denkansatz der Kulturwissenschaftler Hofstede und Hofstede (2006) erwähnt werden. Sie sehen die wesentlichen Unterschiede zwischen den Kulturen in Symbolen, Helden, Ritualen und Werten. „Jede Gruppe oder Kategorie von Menschen besitzt einen Satz gemeinsamer mentaler Programme, die ihre Kultur begründen“ (S. 12). Diese werden früh im Leben erworben (Kumbier & Schulz von Thun, 2006).

Der klassische Ansatz impliziert, dass Kultur das Verhalten und Denken von Personen *kausal* bestimmt und ihnen wenig eigenen Gestaltungsfreiraum bietet (Peters et al., 2014).

Nach dieser Vorstellung findet kaum Veränderung durch einen kulturübergreifenden Kontakt statt (Leenen et al., 2008). Das Konzept gilt als überholt, weil Kulturen nicht mehr als statisch zu betrachten sind (Fernando, 1995).

Heutzutage scheinen sich Gesellschaften dahingehend zu verändern, dass die Vorstellungen über homogene und nach außen hin klar abgegrenzte Kulturen nicht mehr als passend zu bewerten sind. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Menschen unterschiedlicher Kulturen in einer Gesellschaft zunehmend aufeinander treffen (Welsch, 1994). Leenen et al. (2008) formulieren, dass das klassische Konzept eher auf Kulturen zutrifft, in denen wenig Austausch besteht und gesellschaftliche Veränderungen verlangsamt ablaufen. Die Anwendung des statischen Kulturkonzeptes auf moderne Gesellschaften ist problematisch. Durch den Fokus auf vermeintlich unveränderte Differenzen und die statische Eigenschaft von Kultur wird der Umgang zwischen Menschen als rein kulturell geprägt verstanden und legt nahe, dass im Miteinander Konflikte auftreten müssten (Grützmann et al., 2012). Bei den Interaktionspartnern werden Stereotypisierungen und fehlerhafte Zuschreibungen gefördert (Basu, 2011), die wiederum zu Missverständnissen und Unsicherheit im Miteinander führen (Leenen et al., 2008; Leiprecht, 2008).

Dem klassischen Kulturverständnis steht folgender Ansatz gegenüber: Die zunehmende Vielfalt, Heterogenität und Veränderungen heutiger Kulturen werden in dem dynamischen Modell erkennbar (Kalpaka, 2004; Koskensalo, 2008; Mecheril, 2008a). Der „Blick [ist] stärker auf das Verbindende statt auf das Fremde und Trennende [gelegt]. (...) Dies erlaubt einen weniger voreingenommenen Zugang zum Patienten, der nicht als ‚typischer Vertreter‘ einer Kultur wahrgenommen wird“ (Peters et al., 2014, S. 68).

In Hinblick auf die übergeordnete Thematik ist die Klärung weiterer Begrifflichkeiten, wie *inter-*, *multi-* und *transkulturell* notwendig. Die Bezeichnungen werden in den Fachgebieten nicht einheitlich verwendet (Steinhäuser, Martin, Lersner & Auckenthaler, 2014). Aus diesem Grund stellt sich die Frage nach dem am ehesten geeigneten Begriff. Schu, Martin und Czycholl (2013) bezeichnen *interkulturell* als „Verhältnisse und Dynamik zwischen Menschen, die unter Einfluss zweier oder mehrerer verschiedener Kulturen stehen“ (S. 16). Das *Inter* ist die „Instanz, die selbst nicht direkt anzugehen ist, [es geht] um dasjenige, das sich *zwischen* den direkt thematisierbaren Sachverhalten befindet“ (Kimmerle, 2014, S. 127). Nach Welsch (2002) impliziert Interkulturalität einen Austausch zwischen den Gruppen, in dem der klassische Kulturansatz und die damit verbundene Kugelvorgstellung erweitert werden. Multikulturalität beinhaltet, dass mehrere Kulturen nebeneinander existieren (Leiprecht, 2008; Molzbichler, 2005). Die Problematik der Konzepte von Inter- und

Multikulturalität liegt darin, dass weiterhin von abgegrenzten, statischen Kulturen ausgegangen wird (Schu et al., 2013). Aus diesem Grund bieten sie keine Basis für ein offenes und bereicherndes Miteinander (Welsch, 2002).

Die stetigen Veränderungen in modernen Gesellschaften verdeutlichen, dass auch Kulturen veränderlich sind, ineinander übergehen und nicht anhand von Staatsgrenzen definiert werden können. Die Entwicklungen werden am ehesten durch das Konzept der Transkulturalität beschrieben. "Die Austauschprozesse zwischen den Kulturen lassen (...) die scheinbar stabilen Kategorien von Eigenheit und Fremdheit [überholt erscheinen]. (...) Im Innenverhältnis einer Kultur – zwischen ihren diversen Lebensformen – existieren heute tendenziell ebenso viele Fremdheiten wie im Außenverhältnis zu anderen Kulturen" (Welsch, 2002, S. 87).

Transkulturalität stärkt ein Bild von Kulturen, welches durch Vielfalt, Dynamik und gegenseitiger Einflussnahme gekennzeichnet ist. Dieser Ansatz zielt auf eine individuelle Wahrnehmung des Menschen (Welsch, 2002). Transkulturalität trägt zu einem erweiterten Kulturverständnis bei, weil Kultur nicht auf eine Sprache reduziert wird und Unterschiede zwischen Mitgliedern einer Kultur erkannt werden. Im Vergleich zu den Konzepten von Multi- und Interkulturalität liegt in dieser Denkweise der Fokus weniger auf der eigenen Kultur. Dadurch ist die Einstellung, diese als höherwertig einzuschätzen, geringer ausgeprägt (Molzichler, 2005; Wohlfahrt et al., 2005; Florentina, 2011). Dennoch sehen Machleidt und Callies (2008) bei Kommunikationspartnern die Tendenz, eigene Werte als selbstverständlich und universell anzusehen.

Diese Ausführungen geben Ansatzpunkte, weshalb Transkulturalität im Vergleich zu anderen Begrifflichkeiten in der Arbeit mit Menschen aus verschiedenen Kulturen zu bevorzugen ist. Im weiteren Verlauf wird stets implizit Bezug auf die Kulturkonzepte genommen. Im Zusammenhang mit der Darstellung von Konzepten anderer Autoren wird die von ihnen gewählte Begrifflichkeit übernommen.

2.2 Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

In diesem Abschnitt werden einführende Inhalte zur Thematik Migration und zu Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund in Deutschland vermittelt. Von besonderem Interesse werden die psychosoziale Belastungen und ihre Auswirkungen von Migration auf die psychische Gesundheit sein. In Bezug auf die übergeordnete Thematik wird zuletzt die Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund von therapeutischer Versorgung näher betrachtet.

2.2.1 Grundlagen von Migration und Menschen mit Migrationshintergrund

Die Problematik, dass keine einheitliche Definition zur Verfügung steht, bezieht sich neben den Kulturbegriffen gleichermaßen auf *Migration*. Die in den Begriffsbestimmungen fokussierten Schwerpunkte stehen in Abhängigkeit von den jeweiligen Fachgebieten (Brause, Reutin, Schott & Aslan, 2010). Das lateinische Wort *migrare* bedeutet wandern, ausziehen und übersiedeln, weshalb Migration als Wanderung übersetzt wird (Assion, 2004; Haasen, 2000). Im Mittelpunkt des Begriffs liegt die räumliche Veränderung des Wohn- und Lebensortes (Bundesministerium des Innern, BMI, 2014), die meist mit einem Wechsel der kulturellen Gemeinschaft verbunden ist (Meyer, 2009). Zu bedenken ist, dass kulturell veränderte Lebensbedingungen nicht zwangsläufig gegeben sein müssen. Beispielsweise kann derjenige in der neuen Gesellschaft weiter im geschlossenen Kreis seiner Familie leben (Brause et al., 2010).

Die Vorstellung von Migration als eine Aufeinanderfolge mehrerer Phasen wird in dieser Definition deutlich: Migration ist „ein Sozialprozess, der von der schrittweisen und unterschiedlich weitgehenden Ausgliederung aus dem Kontext der Herkunftsgesellschaft bis zu ebenfalls unterschiedlich weit reichenden Eingliederung in Aufnahmegesellschaft, einschließlich aller damit verbundenen sozialen, kulturellen, rechtlichen und politischen (...) Entwicklungsbedingungen (...) und Folgeprobleme reicht“ (Deutscher Bundestag, 2010, S. 11). Walter und Adam (2008) merken an, dass die Definition die emotionalen Aspekte und zwischenmenschliche Beziehungen nicht berücksichtigt. Migration kann als eine besondere tiefgreifende Umstellung im Leben verstanden werden. Die Gründe für eine Migration sind vielseitig. Beispielsweise können eingeschränkte Rechte und Unterdrückung im Herkunftsland oder der Wunsch nach besseren Lebens- und Arbeitsbedingungen ausschlaggebend sein (Kizilhan, 2011a). Eine besondere Bedeutung ist den Faktoren beizumessen, die Menschen zum Verlassen ihres Heimatortes zwingen, wie gewaltbelastete Konflikte oder Naturkatastrophen (Kraus & Koch, 2006).

Migration kann innerhalb eines Landes als *Binnenmigration* oder über Staatsgrenzen hinweg international stattfinden (BMI, 2014; Sieben & Straub, 2011a). Weitere Differenzierungen sind dahingehend gegeben, dass Menschen einzeln oder in Gruppen migrieren (Brause et al., 2010) und inwieweit der Aufenthalt in der neuen Kultur zeitlich begrenzt oder dauerhaft sein wird (Sieben & Straub, 2011a). Sluzki (2010) stellt fest, dass manche Familien sich auf ein Land definitiv festlegen und andere sich die Möglichkeit offen halten, zwischen Ländern zu wählen. Relevant ist, ob die Menschen legal migrieren und so eine gewisse soziale Absicherung erfahren können oder sich ihr Aufenthalt auf die Illegalität beschränkt (Sluzki, 2010). In Abhängigkeit von der Art, wie Menschen migrieren, können sich belastende Herausforderungen erhöhen (Kizilhan, 2011a). In der vorliegenden Arbeit ist mit Migration der langandauernde bis dauerhafte Wechsel des Lebensmittelpunktes bezeichnet, der über Ländergrenzen und über größere Kulturkreise hinweg erfolgt. Häufig finden sich in der Literatur Begriffe wie *Aufnahme-* und *Gastkultur* (Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen, 2006), worauf in der Arbeit aus nachstehendem Grund verzichtet wird. Der Eindruck wird vermittelt, dass Migranten mit einer entsprechenden Willkommenskultur empfangen werden und sich als Gäste zeitlich begrenzt, ohne jegliche Zwänge, aufhalten können.

Im Folgenden findet die Klärung der Begrifflichkeit *Mensch mit Migrationshintergrund* statt. Es herrschen verschiedene Auffassungen darüber, ob Menschen mit eigener Migrationserfahrung oder auch ihre Nachkommen in einer Definition zusammengefasst werden sollten. Fraglich ist, welche Unterteilungskriterien in letzterem Fall herangezogen werden. Es ist festzuhalten, dass die Begrifflichkeiten in der Literatur häufig ohne weitere Ausführungen verwendet werden (Statistisches Bundesamt, 2013). Als offizielle Begriffsbestimmung kann die Definition des Statistischen Bundesamts (2013) verwendet werden.

Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. (S. 6)

Haasen (2000), Machleidt und Callies (2008) und bezeichnen mit dem Begriff *Migranten* ausschließlich Menschen, die ihren Lebensmittelpunkt selbst verlegt haben. *Eingebürgerte Deutsche* und *Spätaussiedler* werden trotz des ähnlichen kulturellen Hintergrunds ebenfalls als Migranten bezeichnet. Im Zusammenhang mit Migrationsbewegungen ist der Begriff *Ausländer* zu klären. Als Ausländer werden hierzulande Personen bezeichnet, die „nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Dazu zählen auch die Staatenlosen“ (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 6).

Unter Bezugnahme auf die verschiedenen Migrationsformen kann nicht von einer einheitlichen Migrantengruppe ausgegangen werden kann. So können beispielsweise Angestellte, Studenten, Asylbewerber oder Flüchtlinge als Migranten bezeichnet werden (Krämer & Baune, 2004; Lindert et al., 2008). Menschen mit Migrationshintergrund bilden aufgrund ihrer unterschiedlichen migrations-, schichts- und kulturspezifischen Bedingungen eine überaus heterogene Gruppe (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007). „Sie haben lediglich als dünne Gemeinsamkeit (...), nicht der Mehrheitsgesellschaft anzugehören“ (Assion, 2005, S. 133).

Auch wenn die Begrifflichkeiten Migrant und Mensch mit Migrationshintergrund wissenschaftlich und politisch verwendet werden, sind die Bezeichnungen zu diskutieren. Beide Begriffe werden von mehreren Autoren als zu unspezifisch und der letztere als zu umständlich wahrgenommen (Sieben & Straub, 2011a; Statistisches Bundesamt, 2013). Assion (2004) sieht die fehlende Eindeutigkeit besonders, wenn die in der neuen Gesellschaft geborenen Kinder als Migranten bezeichnet werden. Wenn der Migrationshintergrund ebenfalls auf *deutschstämmige* Aussiedler übertragen wird, widerspricht der Begriff seiner eigentlichen Aussage (Assion, 2004). Borde und David (2011) bemerken, dass die Begrifflichkeiten eine nicht der Realität entsprechende Homogenität innerhalb der Gruppen vermitteln. Weiterhin umfasst *Migrant* nicht jede Person, die ihr Heimatland verlässt, wie bspw. Soldaten, qualifizierte Fachleute, Beschäftigte von Entwicklungshilfeorganisationen oder Studenten (Walter & Adam, 2008). Lindert et al. (2008) kritisieren, dass sich wenige Informationen über die Form der Migration, den Motiven oder dem Aufenthaltsstatus ableiten lassen. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration (2013) nimmt die sozialen Folgen in den Blick.

Die Bezeichnung Migrant (...) beschreibt einen Zustand des Nicht-Angekommenseins und macht es für Einwanderer und ihre Kinder schwerer, sich mit unserem Land zu identifizieren. ‚Migranten‘ sind selbst Teil der Aufnahmegesellschaft (...). Es ist deshalb an der Zeit, diesen Begriff hinter uns zu lassen. (S. 10)

Durch die Begriffe werden Menschen in zwei Gruppen, *mit* und *ohne* Migrationshintergrund, unterteilt, wodurch die Vielfalt innerhalb der Gesellschaft vernachlässigt wird (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2012). Dennoch scheint die Bezeichnung Mensch mit Migrationshintergrund im Vergleich zu *Ausländer*, *Gast-* oder *Fremdarbeiter* noch am ehesten verwendbar zu sein (Molinari, 1995). Diese als veraltet geltenden Begrifflichkeiten sind mit fehlerhaften Assoziationen verbunden (Assion, 2004). Bereits Steinhäuser et al. (2014) sprachen die Problematik an, trotz der negativen Einschätzung der Begrifflichkeiten diese, aufgrund der verwendeten Literatur, nennen zu müssen. Die

dargestellte Kritik ermöglicht einen reflektierten Umgang mit den Begrifflichkeiten in der Psychotherapie mit Menschen mit Migrationshintergrund.

2.2.2 Demographische Zahlen von Migrantengruppen

An dieser Stelle werden Zahlen über Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland dargelegt, die sich größtenteils auf Erhebungen des *Mikrozensus* stützen. Der Mikrozensus ist eine jährliche, bundesweite Datenerhebung, in dessen Rahmen circa ein Prozent der zufällig ausgewählten Bevölkerung über demographische Inhalte Auskunft geben. Die Zahlen werden auf die Gesellschaft in Deutschland übertragen (Fincke, 2008; Statistisches Bundesamt, 2013). Die Statistik erfasst Menschen mit Migrationshintergrund auf der Basis der Definition des Statistischen Bundesamts (2013) und schließt so Personen, die selbst migriert und dessen Kinder ohne eigene Migrationserfahrung sind, mit ein (Schouler-Ocak et al., 2010).

Nach der neuesten Mikrozensus-Erhebung mit Daten aus dem Jahr 2012 leben in Deutschland 81,9 Millionen Einwohner. Davon weisen etwa 16,3 Mio. Personen einen Migrationshintergrund auf. Dies entspricht einem Anteil von 20,0 % an der Gesamtbevölkerung. Seit dem Jahr 2011, in dem sich der Anteil auf 19,5 % belief, ist daher ein Anstieg von 0,5 % zu verzeichnen. Im Jahr 2012 zählen unter den Menschen mit Migrationshintergrund 9,0 Mio. Migranten mit deutscher Staatsbürgerschaft (11,0 % der Gesamtbevölkerung) und 7,4 Mio. Ausländer (9,0 % der Gesamtbevölkerung). Die zugewanderten Ausländer bilden unter den Menschen mit Migrationshintergrund mit 35,9 % die größte Gruppe. 1,5 Mio. Menschen leben in Deutschland, die in der zweiten und dritten Generation hier geboren wurden. 45,1 % der Personen mit Migrationshintergrund besitzen nicht die deutsche Staatsbürgerschaft (Statistisches Bundesamt, 2013).

Bei der Betrachtung der vorherrschenden Herkunftsländer fällt auf, dass 69,7 % der Menschen mit Migrationshintergrund aus Europa kommen (Statistisches Bundesamt, 2013). „Die meisten Personen mit Migrationshintergrund stammen aus der Türkei (18,3 %), gefolgt von Polen (9,4 %), der Russischen Föderation (7,4 %) und Italien (4,6 %). Kasachstan ist mit 5,6 % das einzige wichtige nicht-europäische Herkunftsland. Mit 1,4 Mio. kommen die meisten (Spät-) Aussiedler aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion – vor allem aus der Russischen Föderation (601.000) und aus Kasachstan (567.999); daneben sind Polen (598.000) und Rumänien (231.000) wichtige Herkunftsländer“ (Statistisches Bundesamt, 2013, S. 7f).

Menschen mit Migrationshintergrund haben mit 35,5 Jahren statistisch einen niedrigeren Altersdurchschnitt als die einheimische Bevölkerung (46,4 Jahre). 35,4 % der Kinder, die unter fünf Jahre alt sind, weisen einen Migrationshintergrund auf (Statistisches Bundesamt, 2013). Es sind Unterschiede in der regionalen Verteilung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu nennen. Die größten Differenzen herrschen neben einem Stadt-Land-Gefälle zwischen Industriezentren und Regionen mit schwächeren Strukturen. In einigen Stadtbereichen ist z. T. ein erhöhter Anteil von Menschen aus einem bestimmten Kulturkreis vorhanden (Bundespsychotherapeutenlammer, BPtK, 2010; Krämer & Baune, 2004). Der Großteil der Menschen mit Migrationshintergrund lebt in den alten Bundesgebieten und in Berlin (Statistisches Bundesamt, 2013).

Mit Blick auf die Aufenthaltsdauer lässt sich festhalten, dass Menschen mit eigener Migrationserfahrung durchschnittlich 21,2 Jahre in Deutschland leben (Bundesregierung für Migration, 2012). Im Vergleich halten sich eingebürgerte Zuwanderer durchschnittlich 26,9 Jahre vor Ort auf. Im Hinblick auf die Bildungssituation sind nachfolgende Daten zu erwähnen. 13,9 % der Menschen mit Migrationshintergrund verfügen nicht über einen allgemeinen Schulabschluss, wobei dieser Anteil bei Menschen ohne Migrationshintergrund bei 1,8 % liegt. 40,1 % der Menschen mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zu 15,5% der einheimischen Bevölkerung keinen berufsqualifizierenden Abschluss auf. Weiterhin sind Migranten mit 8,6 % doppelt so häufig ohne Erwerbstätigkeit und 34,8 % als Arbeiter angestellt. In der deutschen Bevölkerung sind 4,5 % Personen arbeitslos und 19,0% sind in dieser Berufsgruppe tätig (Statistisches Bundesamt, 2013).

Die Zahlen verdeutlichen, dass Deutschland als *Einwanderungsland* einzuordnen ist. Schu et al. (2013) und Lorenz (2007) heben hervor, dass stets Zu- und Abwanderungen in Deutschland geschehen und sich die Zusammensetzungen der Migrantengruppen verändern. Demnach kann die Bevölkerung nicht als eine feststehende unveränderliche Einheit gesehen werden. Trotz der Repräsentativität der Mikrozensus-Statistik ist zu bedenken, dass nicht alle Personengruppen mit Migrationshintergrund, wie z. B. Menschen mit illegalen Aufenthaltsstatus, erhoben werden.

2.2.3 Die psychosoziale Problemlage von Menschen mit Migrationshintergrund

In diesem Abschnitt wird der Zusammenhang zwischen Migration und psychosozialen Belastungen thematisiert. Sluzki (2010) entwickelte ein Phasenmodell, welches psychische Herausforderungen im Migrationsverlauf aufgreift. Nach ihm kann „der Migrationsprozess (...) in folgende Stadien unterteilt werden: 1. die Vorbereitungsphase, 2. der Migrationsakt, 3. die Phase der Überkompensierung, 4. die Phase der Dekompensation sowie 5. die Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse“ (S. 109f). Diese Stadien sind jeweils durch spezifische Verläufe und Herausforderungen an Menschen mit Migrationshintergrund charakterisiert. Die mit dem Migrationsakt einhergehenden Erfahrungen, wie bspw. Traumatisierungen, können für Migranten als äußerst belastend wahrgenommen werden und für die spätere Psychotherapie relevant sein (BPtK, 2010). Besonders herausfordernd ist die Phase der Dekompensation „mit all ihren Konflikten, Symptomen und Problemen. (...) Während dieser Zeit ist die Hauptanforderung, eine neue Realität zu gestalten und sowohl die Kontinuität der Familie zu erhalten“ (Sluzki, 2010, S. 115). Es entsteht die Situation, dass das bisherige Wertesystem nicht mehr tragfähig ist und Familienmitglieder ihre Rollen verändern müssen (Sluzki, 2010). Dies kann zu einem „Zerfall familiärer und sozialer Lebenszusammenhänge“ (Gün, 2007b, S. 145) und zu Identitätskrisen (Rezapour & Zapp, 2011) führen. Die Aussagen verdeutlichen, dass Migration nicht mit dem sogenannten Migrationsakt abgeschlossen ist, sondern über mehrere Jahre belastend für die Migranten und ihre Familien sein kann (Assion, 2005). Die Bewältigung der Phasen, welche nicht zwangsläufig geradlinig verlaufen, kann durch Bedingungen im Herkunfts- und Ankunftsland beeinträchtigt sein (Kizilhan, 2011a).

Der Migrationsvorgang ist durch eine Aushandlung zwischen eigenen Werten und denen der Ankunfts-gesellschaft beeinflusst. In dem Zusammenhang ist der Begriff *Akkulturation* zu klären, welcher „den Anpassungsprozess von Migranten, die aus ihrem Ursprungsland in eine neue Gesellschaft kommen“ (Demiralay & Haasen, 2011, S. 63) beschreibt. Akkulturation schließt psychische Faktoren, wie die eigene Identität und gesellschaftliche Prozesse, wie die Bewältigung neuer Aufgaben, mit ein (Demiralay & Haasen, 2011). Das Verlassen des Herkunftslandes bewirkt, dass für Migranten Sinnfragen wieder aktuell werden (Ete, 2002; Gün, 2007b). Die Belastungen werden als umso höher eingeschätzt, je größer die kulturellen Unterschiede zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland sind (BPtK, 2010; Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007).

Durch Migration besteht die Möglichkeit, dass Verlusterfahrungen, ein Gefühl der Heimatlosigkeit, Angst vor Diskriminierung und Bevormundung in Verbindung mit Isolation präsent

werden (Brause et al., 2010; Machleidt & Callies, 2012; Meyer, 2009; Schouler-Ocak, 2003). Gün (2007b) erwähnt Enttäuschungen über die Lebensbedingungen im Ankunftsland, welche durch familiäre Zukunftserwartungen verstärkt werden können. Für Menschen mit Migrationshintergrund können Unsicherheiten in Bezug auf die Arbeits- und Wohnsituation, Absicherung der Zukunft und Gesundheitsversorgung zentral sein (BPtK, 2010; Bermejo, Ruf, Mösko & Härter, 2011; Schouler-Ocak, 2003).

Wittig et al. (2004) befragten 300 Spätaussiedler in den ersten Monaten nach ihrer Einreise nach Deutschland. Diese bewerteten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung ihre subjektive Gesundheitssituation als signifikant schlechter. 1,3 % der Befragten gaben psychische Erkrankungen an. Die Ergebnisse einer Studie von Fichter, Xepapadacos, Quadflieg, Georgopoulou, Fthenakis (2004) wiesen nach, dass bei griechischen, in Deutschland lebenden, Jugendlichen das psychische Wohlbefinden im Vergleich zu Gleichaltrigen im Heimatland abnahm.

Auch wenn mehrere Studien vertreten, dass Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell den unteren sozialen Schichten angehören (BPtK, 2010; Mösko, Pradel & Schulz, 2011) kann ein Migrationshintergrund nicht mit einem niedrigen sozialen Status gleichgesetzt werden. In einer Befragung von Kobelt, Göbber, Pfeiffer und Petermann (2013) in der psychosomatischen Rehabilitation unterschieden sich Menschen mit Migrationshintergrund und Deutsche bezüglich ihrer Schichtzugehörigkeit nicht voneinander. Nach Lampert, Saß, Häfeling und Ziese (2005) befindet sich die Hälfte der Haushalte von Menschen mit Migrationshintergrund im unteren Einkommensbereich. Für Migranten entsteht besonders bei einer unfreiwilligen Migration die Situation, im Ankunftsland einem niedrigeren Status anzugehören, auch wenn sie in ihrem Herkunftsland in einer hoch angesehenen Schicht lebten (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, BAMF, 2011; Razum, Geiger, Zeeb & Ronellenfisch, 2004). Aus dieser Schichtzugehörigkeit entstehen für Menschen besondere Belastungen, von denen Einheimische dieser Schicht ähnlich betroffen sind (Lampert et al., 2005). Möglich sind niedrige Einkommensraten, gesundheitsschädliche Wohnsituationen, ein erschwerter Zugang zur Gesundheitsversorgung bei erhöhten Gesundheitsgefährdungen und ein damit in Verbindung stehendes erhöhtes Erkrankungsrisiko (BAMF, 2011; Lampert et al., 2005).

Die Tendenz besteht, dass Menschen mit Migrationshintergrund eher einem niedrigen Bildungsstand angehören (Ete, 2002). Dies kann eine erhöhte Erwerbslosigkeit und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten verstärken (Gün, 2007b; Statistisches Bundesamt, 2013). Aus diesen Bedingungen entsteht die Auffassung, dass Menschen mit Migrationshintergrund

häufiger körperlich belastende Arbeiten (Razum et al., 2004) verrichten und in diesen Beschäftigungen ein höheres Gefährdungsrisiko vorherrscht (BAMF, 2011). Lampert et al. (2005) fassen zusammen, dass ein Migrationshintergrund die Chancen auf dem Arbeitsmarkt reduzieren kann und daher häufiger finanzielle, staatliche Unterstützung notwendig wird.

Durch Migration ausgelöste Veränderungen können auch von positiver Seite betrachtet werden. Basu (2011) argumentiert, dass „ethnische und kulturelle Besonderheiten von Migranten als aktiv zu mobilisierende Ressourcen im Migrationsprozess verstanden werden“ (S. 23) können. In der Literatur werden Kompetenzen angesprochen, die durch Migrationserfahrungen gefördert werden (Glaesmer, Brähler & Lersner, 2012). Basu (2011) bezeichnet Migration als „ambivalentes Unterfangen“ (S. 19), weil einerseits eine gesteigerte Lebensqualität möglich ist und andererseits zahlreiche Belastungen verstärkt werden können. Im Zusammenhang mit Migrationsbewegungen ist der *Healthy-Migrant-Effekt* erwähnenswert. Dieser besagt, dass sich jüngere, strapazierbare, flexible und gesunde Menschen für das Verlassen ihres Herkunftslandes entscheiden (BAMF, 2011; Kizilhan, 2011a). Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die Bevölkerungsstruktur der Menschen mit Migrationshintergrund im Ankunftsland. Abweichend davon widerlegen andere Studien diesen Effekt (Kizilhan, 2011a). Ungeklärt ist, inwieweit die Aussage des BAMF (2011) mit dem Healthy-Migrant-Effekt in Verbindung gebracht werden kann. Nach ihnen weisen Menschen mit Migrationshintergrund in westlichen Ländern eine geringere Sterblichkeit als Menschen ohne Migrationshintergrund auf, „weshalb mitunter von einem ‚Paradox‘ gesprochen wird“ (S. 16).

Durch die große Varianz in der Art der Migration und in den Voraussetzungen der Menschen können die Belastungsfaktoren stark variieren. Vorrangig wird in der verwendeten Literatur dargestellt, dass bei einer Migrationssituation am ehesten der gesundheitliche Zustand des Menschen beeinträchtigt wird (Zeeb & Razum, 2006). Aussagekräftige Ergebnisse über diese Thematik werden noch als unzureichend eingeschätzt (BAMF, 2011; Kirkcaldy et al., 2006; Zeeb & Razum, 2006). Informationen über den Gesundheitszustand der Personen vor der Migration existieren kaum, weshalb nicht betrachtet werden kann, welche Beschwerden *durch* die Migration verstärkt werden (Wittig, Merbach, Siefen & Brähler, 2004). Wenn sich Menschen mit Migrationshintergrund bereits länger im Land aufhalten und sich ihre Kultur dieser allmählich anpasst, ist zu diskutieren, ob der Migrationshintergrund noch als relevant zu bewerten ist (Kobelt et al., 2013).

2.2.4 Psychische Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund

Es wird die Frage thematisiert, inwieweit Migration die Entstehung psychischer Erkrankungen verstärkt. Auch wenn Migration mehrheitlich als einschneidende Belastung in der Lebensgestaltung gesehen wird (BPtK, 2010; Ete, 2002; Mösko et al., 2011), muss sie nicht zwangsläufig zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führen (Bermejo et al., 2011; Schouler-Ocak, 2003; Uslucan, 2013). Ob die besonderen Lebensumstände Beschwerden begünstigen steht in Abhängigkeit vom Belastungsmaß und den Bewältigungsmöglichkeiten der jeweiligen Personen (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2012; Gün, 2007b; Kizilhan, 2011a). Einige Erhebungen belegen, dass zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund keine Unterschiede in Bezug auf Krankheitshäufigkeiten bestehen (Bermejo et al., 2011; Machleidt & Callies, 2012). Nachstehend werden Studien aufgezeigt, die diese Aussagen differenzierter untersuchten.

An dieser Stelle werden Diagnosegruppen erwähnt, die bei Menschen mit Migrationshintergrund erfasst wurden. Zum Teil beziehen sich die Studien auf unterschiedliche Subgruppen, z. B. minderjährige türkische Frauen. Die Ergebnisse werden dies betreffend nicht differenziert dargestellt. Studien belegten bei Menschen mit Migrationshintergrund teilweise eine größere Häufigkeit von affektiven Erkrankungen, v. a. von depressiven Erkrankungen, im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung (BPtK, 2010; Brucks, 2004; Ete, 2002; Schouler-Ocak, 2003). Die erhöhte Anfälligkeit von Menschen mit Migrationshintergrund für affektive Erkrankungen ist jedoch nicht ausreichend bestätigt (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007). Abweichend hoben Bermejo et al. (2011) hervor, dass sich das Auftreten und die Beschwerden von depressiven Erkrankungen länder- und kulturübergreifend ähnlich zeigen. Swinnen und Selten (2007) bemerkten, dass sich Migration nicht als Risikofaktor für Depressionen belegen lässt: „There is no conclusive evidence for a large increase in the risk of mood disorders associated among migrants” (S. 9). Kraus und Koch (2006) ermittelten, dass affektive Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in der von ihnen betrachteten Literatur entgegen ihrer Erwartung zu selten auftreten. Als weitere Diagnosegruppe wird von einer erhöhten Prävalenz bei psychosomatischen, somatoformen Erkrankungen und Schmerzstörungen bei Menschen mit Migrationshintergrund berichtet (BPtK, 2010; Brucks, 2004; Ete, 2002).

In Verbindung mit Migration werden schizophrene Erkrankungen erwähnt. Besonders bei psychotischen Symptomen ist die Bewertung der Beschwerden als pathologisch kulturell abhängig. In mehreren Studien wurde in der Diagnosegruppe der Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Erkrankungen eine höhere Häufigkeit bei Menschen mit

Migrationshintergrund festgestellt (Bermejo et al., 2011; Kimil, Bendfeld, Brinkmann & Salman, 2012; Lindert et al., 2008; Ziegenbein, Bartusch, Calliess & Machleidt, 2008). Swinnen und Selten (2007) untersuchten den Zusammenhang zwischen verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen mit Migrationserfahrungen. Ausschließlich bei Schizophrenie stellten sie bei Migranten der ersten und zweiten Generation eine durchschnittlich 2,9 fach höhere Schizophrenie-Rate fest. „The only mild increase in risk of mood disorders associated with migration, compared with the elevated risk of schizophrenia” (S. 9). Zu bedenken ist, dass bei diesen Erkrankungen die Ursachenzusammenhänge noch nicht eindeutig geklärt sind (Bermejo et al., 2011).

Des Weiteren wird in der Literatur eine Relation zwischen einem Migrationshintergrund und Abhängigkeitserkrankungen aufgeführt (Machleidt, Behrens, Ziegenbein & Calliess, 2007; Schouler-Ocak, 2003). Dies wird v. a. auf ein mögliches Ausgegrenzt fühlen, tiefgreifenden Veränderungen in den sozialen Beziehungen und auf einen wenig reflektierten Umgang mit Suchtmitteln zurückgeführt (Bermejo et al., 2011). Gleichmaßen wurden z. T. erhöhte Suizidraten bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung festgestellt, die als Reaktionen auf migrationsspezifische Belastungen eingeordnet wurden (Leweke, Akinci, Stingl & Reimer, 2007; Razum & Zeeb, 2004; Westmann, 2006). Bei erzwungenen Migrationen entsteht eine höhere Gefahr für Belastungsreaktionen und posttraumatische Belastungsstörungen (Assion, 2005).

Bei Menschen mit Migrationshintergrund wurde im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung ein vermehrtes Auftreten von somatischen Erkrankungen ermittelt. Nach der Beauftragten der Bundesregierung für Migration (2012), Zeeb und Razum (2006) wurden bei Menschen mit Migrationshintergrund häufiger belastungsabhängige Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diabetes mellitus Typ 2 und ungesunde Lebensgewohnheiten festgestellt. Das erhöhte Auftreten von Erkrankungen, die durch Lebensbedingungen beeinflusst sind, und das höhere Vorkommen von Arbeitsunfällen bei Menschen mit Migrationshintergrund (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2012) können mit dem sozioökonomischen Status in Verbindung gebracht werden.

Auffallend ist, dass in den Studien größtenteils der Migrationshintergrund als Indikator für ein erhöhtes Krankheitsrisiko aufgezeigt wird und weitere Bedingungen vernachlässigt werden (Bermejo et al., 2011). Beispielsweise werden demographisch-psychosoziale Faktoren in den Untersuchungen kaum berücksichtigt (Kirkcaldy et al., 2006; Lindert et al., 2008). In Übereinstimmung relativierten Kobelt et al. (2013) den Migrationshintergrund als entscheidenden Faktor. Sie wiesen eine Abhängigkeit zwischen dem Behandlungsergebnis

und der sozialen Schichtzugehörigkeit nach, jedoch nicht mit dem Migrationshintergrund der Patienten. Bei der Interpretation der Studienergebnisse ist zu bedenken, dass als Folge von Migration Reaktionen hervorgerufen werden können, die möglicherweise irrtümlich pathologisch erscheinen oder im Rahmen einer anderen Kultur als normal angesehen werden (Wulff, 1990). Wulff (1990) kritisiert, dass in den Studien kaum versucht wird, „einzelne soziale oder kulturelle Faktoren für Krankheitsätiologien oder auch nur für bestimmte Symptomformulierungen verantwortlich zu machen bzw. ihre Bedeutungslosigkeit für diese nachweisen zu wollen“ (S. 98). Er schlussfolgert, dass die Basis für vergleichende Forschungen zur Untersuchung von Krankheitshäufigkeiten und den Einfluss von sozialen und kulturellen Bedingungen noch nicht vorhanden ist.

Aufgrund von Sprachproblemen und Besonderheiten im Inanspruchnahmeverhalten von psychotherapeutischen Leistungen wurden vermutlich nicht alle Erkrankungsfälle dokumentiert (Bermejo et al., 2011). Diese Schwierigkeiten führten mitunter zur Situation, dass es an übergreifend gültigen Aussagen über den Zusammenhang von Migration und Erkrankungen fehlt (BAMF, 2011; Bermejo et al., 2011). Allerdings sind repräsentative Daten notwendig, um das Gesundheitssystem an die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe anpassen zu können (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2012; Zeeb & Razum, 2006). Im Resümee lässt sich sagen, dass Migration nicht im kausalen Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen steht und die widersprüchlich festgestellten Prävalenzraten auf ein komplexes Zusammenwirken mehrerer Faktoren zurückgeführt werden können (Bermejo et al., 2011; Razum et al., 2004).

2.2.5 Die psychotherapeutische Versorgungssituation

Das Anliegen dieses Abschnitts ist die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Versorgungsangeboten durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Die Frage wird diskutiert, ob sich die Inanspruchnahme mit denen der einheimischen Bevölkerungsgruppe ähnelt. Die Inhalte können in der Beurteilung helfen, ob psychisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund eine bedarfsgerechte Behandlung zur Verfügung gestellt wird. Die Informationen können den Ausgangspunkt für Diskussionen über Zugangshindernisse und kulturspezifisches Hilfesuchverhalten u. v. m. bieten. Koch, Hartkamp, Siefen und Schouler-Ocak (2008) bemerken, dass sich derzeit die Forschungssituation über die psychotherapeutische Versorgung auf eine zu geringe Studienanzahl stützt. In dieser Arbeit werden Studien der ambulanten, stationären und teilstationären Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie herangezogen.

Möske (2013) führte im Jahr 2010 eine Befragung mit 395 niedergelassenen oder in ambulanten Einrichtungen tätigen Psychotherapeuten durch. Im Ergebnis wiesen 19,0 % der Patienten bei den selbstständigen Therapeuten einen Migrationshintergrund auf. Demgegenüber besaßen bei den Therapeuten aus den ambulanten Einrichtungen 32,0 % der Patienten einen Migrationshintergrund. Dies wurde auf einen erleichterten Zugang und einer höheren Zahl der dort tätigen Therapeuten mit Migrationshintergrund zurückgeführt. Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund lag im Einzugsgebiet bei 26,0 %. Eine mögliche Überschätzung des Anteils wird in der Vermutung gesehen, dass sich transkulturell aktive Behandelnde an der Studie beteiligten. Von Relevanz ist die Studie von Ziegenbein et al. (2008). Patientendaten der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover u. a. aus der Zeit von 1987 bis 1997 wurden ausgewertet. Hierbei belief sich die Anzahl der Patienten mit deutscher Staatsbürgerschaft auf 296 (94,5 %) und die Patienten mit Migrationshintergrund auf 17 Personen (5,4 %). Mit einem circa fünfprozentigen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund entsprach dies lediglich der Hälfte des in der Region bestehenden Anteils von 10,0 %. Eine Unterrepräsentation wird auch in der Erhebung von Haasen et al. (1999) ersichtlich. In der Zeit von 1993 bis 1995 wurde in mehreren psychiatrischen, psychotherapeutischen und einer allgemeinen Klinik ein Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund von 8-9 % festgestellt. Im Einzugsgebiet lebten zur entsprechenden Zeit 12-15 % Menschen mit Migrationshintergrund.

Für die zentrale Thematik liefert die Studie von Koch et al. (2008) aufschlussreiche Informationen. An einem Stichtag im Jahr 2004 belief sich in den untersuchten zwölf psychiatrischen Krankenhäusern der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund auf

17,4%. Am höchsten war die Patientengruppe in den Bereichen der Forensik (27,2 %) und der Suchterkrankungen (21,8 %) vorzufinden. Hingegen war der Anteil in der Suchtrehabilitationseinrichtung (11,4 %) und Psychosomatik/ Psychotherapie (4,5 %) verhältnismäßig gering. Erwähnenswert ist, dass 72,0 % der Patienten männlich waren. Der niedrige Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in der Psychosomatik wird durch die Studie von Mösko et al. (2011) bestätigt. In den teilnehmenden psychosomatischen Rehabilitationskliniken waren unter den Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen Menschen mit Migrationshintergrund mit 4,5 % vertreten. Die Ergebnisse sind zu diskutieren, da das Kriterium Migrationshintergrund nicht definiert wurde und ausschließlich Stationsteams befragt wurden.

Schouler-Ocak et al. (2010) führten eine im Vergleich zu Koch et al. (2008) methodisch repräsentativere Studie im Jahr 2006 durch. Durch die Befragung der Stationsteams und Patienten wurden Daten von 898 Stationen aus 131 psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken erfasst. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in stationärer Behandlung belief sich, wie in der Studie von Koch et al. (2008), auf 17,0 %. Dies entspricht nahezu dem damaligen Anteil von 19,5 % Menschen mit Migrationshintergrund in der deutschen Bevölkerung (Schouler-Ocak et al., 2010).

Der Sozialpsychiatrische Verbund der Region Hannover ermöglichte mit seiner Erhebung Aussagen über die Inanspruchnahme durch Migranten von 129 verschiedenen ambulanten und (teil-)stationären Angeboten des Verbundes. Durchschnittlich hatten 14,0 % der Patienten einen Migrationshintergrund. In dem Einzugsgebiet lag der Anteil dieser Patientengruppe bei 22,7 %. Wie aus den Zahlen hervorgeht, variierte der Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund in den einzelnen Einrichtungen stark. Sie waren zu 20,0% in den Sozialpsychiatrischen Diensten, zu 33,0 % in der stationären Behandlung (einschließlich Forensik) und zu 14,0 % in der teilstationären Behandlung mit Institutambulanz vertreten. Eine geringe Inanspruchnahme zeigte sich in Suchtberatungsstellen (7,0 %), Tagesstätten (2,0 %) und in der ambulanten psychiatrischen Pflege (1,0 %) (Kimil et al., 2012). Der vergleichsweise hohe Anteil von Migranten in forensischen Abteilungen wird durch Lindert et al. (2008) und Machleidt et al. (2007) gleichermaßen ermittelt.

Neben den Besonderheiten in den psychotherapeutischen Bereichen zeigt sich eine geringe Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund in Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen (BPtK, 2010; Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2007). Darüber hinaus stellten Borde, Braun und David (2003) fest, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Verhältnis zu einheimischen Patienten häufiger Notfallambulanzen

und Rettungsstellen in Anspruch nehmen. Die Tendenz ist erkennbar, dass die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund verstärkt auf apparativer Diagnostik und mitunter übermäßigen, nicht notwendigen Medikamentenverabreichungen beruht (Brucks & Wahl, 2003). Weiterhin besteht die Auffassung, dass Menschen mit Migrationshintergrund eher Hausärzte und Fachärzte, wie bspw. Orthopäden, aufsuchen (Kizilhan, 2011c; Koch, 2005).

Aus den Studien geht hervor, dass Menschen mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen teilweise über- und unterrepräsentiert sind. Aus dieser Situation ist eine eindeutige Fehlversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Bezug auf psychotherapeutische Leistungen zu schlussfolgern (BPtK, 2010; Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007; Koch, 2005; Lindert et al., 2008). Wimmer-Puchinger, Wolf und Engleder (2006) sehen „derzeit noch keine Gleichberechtigung“ (S. 886) innerhalb des Gesundheitssystems. Eine Fehlversorgung, welche mit unzutreffenden Diagnosen und ineffizienten Behandlungen einhergeht, bewirkt weitreichende Konsequenzen, wie z. B. eine Chronifizierung der Symptome (Brucks & Wahl, 2003). Nach Jeschke und Hillenbrand (2011) wird die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Angeboten durch Menschen mit Migrationshintergrund zukünftig steigen. Zu bedenken ist, dass mit Hilfe dieses Kapitels die Versorgungssituation dieser Bevölkerungsgruppe in Deutschland lediglich ansatzweise beurteilt werden kann. Studien zur Thematik können die Grundlage bilden, um Bereiche, die von Menschen mit Migrationshintergrund kaum in Anspruch genommen werden, stärker an dieser Bevölkerungsgruppe auszurichten.

3 Kommunikation zwischen Menschen verschiedener Kulturen

In der Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund werden Schwierigkeiten häufig mit Kommunikationsproblemen begründet (Schouler-Ocak et al., 2010). Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel die Merkmale von Kommunikation und die Besonderheiten im Austausch zwischen Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen betrachtet. Es wird der Frage nachgegangen, ob Verständigungsprobleme im kulturübergreifenden Miteinander ausschließlich auf sprachlichen Faktoren beruhen oder andere Aspekte diese begünstigen können. Von Bedeutung sind die Kommunikationsmodelle von Hall und Hall (1990) und Auernheimer (2008), welche Verständigungsstörungen im transkulturellen Miteinander beschreiben und erklären. Das Ziel liegt darin, die in der Psychotherapie erwähnte erschwerte Kommunikation zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund (Gün, 2007b) nachzuvollziehen, um Bedingungen für ein verbessertes Miteinander ableiten zu können.

3.1 Kommunikation und Sprache

Der Begriff *Kommunikation* stammt vom lateinischen Wort *communis*, bestehend aus *com*, welches für *mit* oder *Gemeinsames* steht, und *munis* für *dienstbereit*, *gefällig*. Daraus entsteht die Vorstellung, dass etwas für den Partner geleistet wird, wodurch ein gemeinsamer Prozess entsteht (Westwood & Borgen, 1988). Helle (2006) beschreibt es als einen Vorgang, in dem Informationen ausgetauscht werden. Hall (1976) formuliert Kommunikation folgendermaßen:

My definition is that communication is always a transaction, and that culture and communication are very closely linked in the real world. Communication involves information, which is a component of both culture and communication and will ultimately be linked to mass and energy in physics. (S. XI)

Demnach ist Kommunikation die Übertragung von Inhaltlichem und Emotionalem in der zwischenmenschlichen Begegnung mit Hilfe eines Symbolsystem (Dreißig, 2005; Graf, Rath & Roeb, 2009). Der Kommunikationsprozess besteht aus einem Sender, der verschlüsselten Nachricht, dem Informationskanal und dem Empfänger. Dieser, als einseitig einzuschätzender Kommunikationsablauf, entspricht weniger der Realität. In jener findet eher ein dynamisches Wechselspiel zwischen den Gesprächspartnern statt (Matoba & Scheible, 2007).

Der Vermittlung von Botschaften erfolgt nicht nur über das Sprachliche, welches durch die Satzstruktur, Aussprache, Wortwahl und -bedeutung gekennzeichnet ist (Broszinsky-Schwabe, 2009; Glasner, 2003). Es geschieht auch über *paraverbale* Wege, wie dem Tempo des Gesprochenen, Tonhöhe, Melodie, Rhythmus, Lautäußerungen und Pausen (Helfrich, 2013; Watzlawick, 2011). Der Informationsaustausch wird durch Faktoren außerhalb der Kommunikation selbst, wie Zeit, Ort und der Beziehung, beeinflusst (Matoba & Scheible, 2007). Von entscheidender Relevanz ist die *nonverbale Kommunikation*. Darunter versteht sich die Körpersprache, wie Gestik, Mimik, Bewegungen, Körperhaltung und die körperliche Entfernung zum Partner (Broszinsky-Schwabe, 2009). Sie dienen zur Verdeutlichung des Gesagten und unterliegen i. d. R. nicht dem Bewusstsein (Glasner, 2003). Daher gilt nonverbale Kommunikation als eindeutiger und authentischer als das Gesagte (Broszinsky-Schwabe, 2009). Helle (2006) hebt hervor, dass sich verbale und nonverbale Kommunikationsmittel widersprechen können.

Zu betonen ist, dass Kommunikation trotz synonyme Verwendung nicht mit *Interaktion*, als „wechselseitiger Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehr Personen“ (Watzlawick, 2011, S. 13), gleichzusetzen ist. In der Interaktion wird das Miteinander stärker in den Mittelpunkt gerückt, welches mit Rollenzuschreibungen zwischen den Gesprächspartnern einhergeht (Dreißig, 2005). Watzlawick, Bavelas und Jackson (2011) fassen zusammen, dass Kommunikation eine notwendige Bedingung für menschliches Leben und gesellschaftlicher Interaktion und Ordnung ist.

Im zweiten Abschnitt wird der Fokus auf Sprache als *Symbolsystem* gelegt, welches die Grundlage für zwischenmenschliche Verständigung bietet. Ähnlich wie bei Kultur gilt auch Sprache als orientierungs- und sinngewand für den Menschen (Anghern, 2014; Dirim & Mecheril, 2010). Jedoch kann ein Sinnerleben auch außerhalb von Sprache, durch Tanz, Musik und Rituale geschehen (Kohte-Meyer, 2006). Exemplarisch verdeutlicht die Regelmäßigkeit von Sprache das durch sie vermittelte Gefühl von Sicherheit und Vertrautheit (Legewie & Ehlers 1992; Polzius, 2011). Das erklärt, weshalb für Menschen mit Migrationshintergrund gerade die Anfangszeit in einer neuen Gesellschaft durch Belastungen geprägt sein kann. Trotz sichtbarer Unterschiede in den verschiedenen Sprachen ist festzuhalten, dass Kommunikation kulturübergreifend Gemeinsamkeiten aufweist. „Kommunikation verläuft überall auf der Welt im Wesentlichen auf dieselbe Weise: Menschen schreiben den Erfahrungen in ihrer sozialen und physischen Umgebung Bedeutungen zu, teilen diese miteinander und verhandeln über die ‚Wahrheit‘ darin“ (Hoffmann, 2008, S. 129).

Sprache ist eng mit der Identität eines Menschen verknüpft, da sich Sprache zusammen mit Sozialisation (Gudykunst et al., 1996) und den damit verbundenen gesellschaftlichen Rollen ausbildet (Kohte-Meyer, 2006). Zwischen Sprache und der kulturellen Zugehörigkeit besteht daher eine enge Verbindung (Westwood & Borgen, 1988). Grundsätzlich „stellt [Sprache] einen zentralen Weg zur Erschließung der Welt“ (Dirim & Mecheril, 2010, S. 100) dar.

Das sprachliche Symbolsystem beeinflusst das Denken maßgeblich (Friedmann, 2005; Kohte-Meyer, 2006). Wygotski (1993) verdeutlicht den Zusammenhang, in dem er zwischen der *inneren* Sprache, „ein mit dem Wort verbundenes Denken“ (S. 350) und der *äußeren* Sprache unterscheidet. „Die äußere Sprache [ist] der Prozeß der Umwandlung des Denkens in Worte, die »Materialisierung« und Objektivierung der Gedanken“ (S. 350). Demnach bildet Sprache die Grundlage für Kommunikation und Denkprozesse, welche in gegenseitiger Wechselwirkung stehen (Glasner 2003; Wygotski, 1993). Daraus lässt sich ableiten, dass sich Menschen verschiedener Kulturen nicht nur in ihrer Sprache, sondern auch in ihren Denkvorgängen unterscheiden. Im zwischenmenschlichen Kontakt ist zu beachten, dass Sprache die Wahrnehmung bestimmt. Die Sicht wird vertreten, dass erst etwas bewusstseinsfähig wird, wenn dies in Wörter gefasst werden kann (Matoba & Scheible, 2007). „Die Sprache ist unsere allerletzte Wirklichkeit, weil wir nicht wissen können, was es außerhalb unserer Sprache gibt“ (Florentina, 2011, S. 45). Westwood und Borgen (1988) bemerken, dass die Art, wie Menschen ihre einzigartige soziale Realität wahrnehmen, nicht unterschätzt werden sollte.

3.2 Zusammenhang von Kultur und Kommunikation

Dieser Abschnitt beleuchtet den Einfluss von Kultur auf Kommunikation und die daraus entstehenden Besonderheiten. Es wird betont, dass Kommunikation als Komponente von Kultur gilt und beides in gegenseitiger Wechselwirkung steht (Helfrich, 2013; Wang & Myers, 2008). Die Sprachregeln werden durch die Mitglieder einer Gemeinschaft gestaltet und sind somit, ausgehend vom dynamischen Kulturverständnis, veränderbar (Haasen, 2000; Polzius, 2011). Kulturelle Differenzen beziehen sich z. B. auf unterschiedliches körperliches Berühren während der Gespräche (Thomas, 2003b) oder besondere Aspekte im paraverbalen Bereich. Beispielsweise verwendet ein Gesprächsteilnehmer für die Überleitung in den nächsten Satz Sprechpausen. Ein anderer jedoch erkennt dies als Zeichen, selbst zur Sprache zu kommen, weshalb Missverständnisse entstehen (Thomas, 2003b). Hall und Hall (1990) sehen ein bestimmtes kulturelles Kennzeichen in dem Tempo, in welchem Nachrichten kodiert und enkodiert werden. Des Weiteren herrschen kulturelle Differenzen bezüglich der gewählten

Themen. Zum Beispiel werden Inhalte über Sexualität, Erkrankungen unterschiedlich als Tabuthemen gesehen (Casper-Hehne, 2009).

Für die Bewertung von Missverständnissen ist es erforderlich, sich über den Idealfall von Kommunikation bewusst zu sein. Von *gegenseitigem Verstehen* kann gesprochen werden, wenn die Wahrnehmung der Botschaft zwischen Sender und Empfänger ähnlich ist (Broszinsky-Schwabe, 2009). Für Knapp (2008) ist dies ohne eine „gemeinsame Sprache (...) [und] einen gewissen Grad an Gemeinsamkeit von Standards des Kommunizierens und von Standards des Wahrnehmens, Glaubens, Denkens, Handelns allgemein sowie eine gewisse Menge an geteilten Wissen, also einen *common ground*“ (S. 81) nicht möglich. Gegenseitiges Verstehen kann unter Umständen zwischen Menschen verschiedener Kulturen stärker bestehen, wie z. B. zwischen internationalen Wissenschaftlern. Daher sollte der Begriff *Kommunikationsgemeinschaft* dem Begriff der Kultur vorgezogen werden (Knapp, 2008). Anghern (2014) hebt hervor, dass Verstehen für den Menschen für seine Identität und Lebensgestaltung von elementarer Bedeutung ist. „Menschen leben so, dass sie sich immer schon verstehend zur Welt, zu anderen Menschen und zu sich selbst verhalten“ (S. 15).

Ausgehend von diesen Inhalten werden Besonderheiten beleuchtet, die in der Kommunikation zwischen Menschen unterschiedlicher Kulturen entstehen können. Nach der Sicht von Durie (2008) und Hepp (2006) bezieht sich interkulturelle Kommunikation auf die Situation, wenn Menschen unterschiedlicher Kulturen sich einander verstehen und Informationen teilen. Thomas (2003b) hingegen sieht darin eine Situation, in der „die kulturellen Unterschiede der Partner maßgeblich das Kommunikationsgeschehen sowohl hinsichtlich der Ablaufprozesse als auch der Resultate beeinflussen“ (S. 102). Merkmal der interkulturellen Begegnung sind sichtbare und dadurch bewusst wahrgenommene Differenzen (Englisch, 2006; Matoba & Scheible, 2007).

In der Begegnung zwischen Menschen anderer Herkunft ist es möglich, dass kulturelle Unterschiede zwischen den Gesprächspartnern zwar wahrgenommen werden, aber diese die eigene Haltung kaum beeinflussen (Thomas, 2003a). Schlehe (2006) verdeutlicht, dass das Ziel in einer trans-, statt in einer interkulturellen Kommunikation liegen sollte. Die Kommunikationspartner „sind bereit, Eigenes zu relativieren, sie sind an der Erweiterung ihres Spektrums interessiert, wollen symmetrische, dialogische (transkulturelle) Verständigung anstatt eines strategischen (interkulturellen) Umgangs miteinander“ (S. 52). Nach Durie (2008) legt ein gemeinsames Verständnis über die Wörter und die Berücksichtigung der Lebenswelt des Gegenübers die Basis, um die mit dem Wort verbundenen Feinheiten und Weltansichten des Partners verstehen zu können.

3.3 Erklärungsansätze zur Entstehung von Missverständnissen

An dieser Stelle wird dargestellt, welche Bedingungen zu Missverständnissen in der transkulturellen Kommunikation führen können. Im weiteren Verlauf werden anhand von den Kommunikationsmodellen von Hall und Hall (1990) und Auernheimer (2008) Verständigungsprobleme zwischen Menschen verschiedener Kulturen eingehender betrachtet.

Auf der Basis der vorherigen Ausführungen wird vermittelt, dass besonders im Aufeinandertreffen von Menschen verschiedener Kulturen Missverständnisse entstehen (Broszinsky-Schwabe, 2009; Durie, 2008). Knapp (2008), Westwood und Borgen (1988) widersprechen dem mit der Aussage, dass Unstimmigkeiten auch zwischen Menschen derselben Kultur zur Normalität gehören. Kommunikation ohne irritierende Situationen ist als unrealistisch zu sehen: „Eine wirkliche Verständigung selbst bei Menschen, die ‚dieselbe‘ Sprache sprechen [ist] immer nur begrenzt möglich“ (Haasen, 2000, S. 22). Missverständnisse können zu einer gelungenen Kommunikation beitragen (Knapp, 2008). Generell bezeichnet ein interkultureller Konflikt die Situation, wenn die Beteiligten ihre Vorstellungen nicht in Einklang bringen können oder sie sich im Gespräch eingeschränkt fühlen (Molzbichler, 2005).

Unterschiedliche Erwartungen der Kommunikationspartner, welche nicht ausschließlich kulturbedingt sind, können Verständigungsprobleme fördern (Auernheimer, 2008). Kommunikationspartner entwickeln, vor ihrem sozialen Hintergrund und basierend auf ihren Erfahrungen, Vorannahmen über das Verhalten des Gegenübers, die Wirkungen ihrer Botschaft und die Annahme, dass der Partner die eigenen Erwartungen teilt (Wang & Myers, 2008). Stereotype und Vorurteile gegenüber der anderen Kultur können den Gesprächsverlauf bestimmen (Auernheimer, 2008), die primär bei unzureichenden Kenntnissen und geringen Erfahrungen mit dieser Kultur entstehen (Florentina, 2011). In „Kontexten des Fremdkulturkontaktes [besteht] ohne eine gewisse interkulturelle Professionalität durchgängig die Gefahr von Wahrnehmungsverzerrungen, von Fehlzuschreibungen, Fehldiagnosen und unsachgemäßen Interventionen“ (Leenen et al., 2008, S. 101). Bei der Betrachtung von möglichen Problemen in Kommunikationsabläufen sind weiter die Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Diese beeinflussen die Beteiligten in ihren Erwartungen und Interpretationen des Gesagten (Watzlawick et al., 2011).

Die Entstehung von Missverständnissen kann durch kulturelle Unterschiede in den verbalen, para- und nonverbalen Kommunikationsmitteln begünstigt werden (Knapp, 2008). Das

Miteinander kann durch Missachtung der kulturellen Regeln verletzt werden, weil diese weniger geklärt werden können (Auernheimer, 2008). Dadurch besteht die Schwierigkeit, das Gesprochene nicht angemessen interpretieren zu können. Aufgrund der Tatsache, dass dies im Kommunikationsverlauf stets erforderlich ist, schließen Kommunikationspartner ihre Deutungen eher aus dem Verhalten des Anderen und ordnen es vor ihrem persönlichen Hintergrund ein. Aufgrund der Verschiedenartigkeit der kulturellen Konzepte können daher Missverständnisse entstehen (Knapp, 2008).

Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf Verständigungsprobleme festhalten, dass diese neben kulturellen Differenzen ebenso aufgrund unterschiedlicher persönlicher Interessen und Befindlichkeiten, sozialen Schichtzugehörigkeiten oder Schwierigkeiten zwischen den Generationen auftreten können (Auernheimer, 2008; Molzbichler 2005). Beispielsweise können kulturelle Unterschiede in bestimmten Situationen, bspw. in einer Partnerschaft in den Hintergrund treten (Auernheimer, 2008). Selbst wenn Gründe für Missverständnisse im Miteinander thematisiert werden, kann ein unterschwelliges Empfinden von Unverständnis weiter bestehen bleiben (Thomas, 2003b).

In diesem Abschnitt werden die Modelle von Hall und Hall (1990) und Auernheimer (2008) vorgestellt, die ihren Beitrag zur Beschreibung und Erklärung von Verständigungsproblemen im transkulturellen Kontext leisten. Hall und Hall (1990) thematisieren Faktoren, die in jeder Kultur zu finden sind, aber unterschiedlich ausgeprägt sein können. Beispielsweise unterscheiden sich Menschen verschiedener Kulturen in der Dimension *Raum*, welche sich auf das menschliche, räumliche Verhalten bezieht. Durch ihre kulturelle Prägung gestalten Personen die räumliche Distanz zu anderen Personen unterschiedlich. Wenn den Kommunikationspartnern der kulturelle Hintergrund dieser Verhaltensweisen nicht bewusst ist, werden diese nach Hall und Hall (1990) zwangsläufig missinterpretiert. Beispielsweise kann eine ungewohnte geringe körperliche Distanz den Gesprächspartner irritieren.

Zur Betrachtung transkultureller Situationen ist ebenso die Dimension *Zeit* zu betrachten. Dies basiert darauf, dass das menschliche Leben durch einen Rhythmus, wie bspw. den Wechsel zwischen Tag und Nacht, geprägt ist. Die Unterschiede in den Kulturen beziehen sich auf einen sogenannten *monochronischen* und *polychronischen* Umgang mit der Zeit. In Kulturen, in denen das erstgenannte Verhalten bezüglich der Zeit vorherrscht, legen Personen ihre Aufmerksamkeit vollständig auf eine Tätigkeit. Demgegenüber sind Menschen der polychronischen Zeitform in mehrere Angelegenheiten gleichzeitig verbunden. Missverständnisse entstehen, wenn Menschen mit verschiedenen zeitlichen und räumlichen Gewohnheiten aufeinander treffen und diese nicht reflektieren (Hall & Hall, 1990). In der

Kommunikation mit einer Person, die sich mehreren Tätigkeiten gleichzeitig vertieft, kann beim Gegenüber Ärger über dessen vermeintlich geringe Aufmerksamkeit entstehen.

Als bedeutend für das interkulturelle Miteinander können die Inhalte von Hall und Hall (1990) über die sogenannte *low* und *high context communication* bewertet werden. Als High-Kontext-Kommunikation wird das Miteinander bezeichnet, wenn Kommunikationsinhalte weniger über die direkte Sprache formuliert werden. Sie werden durch den Kontext, nonverbales Verhalten und durch die gemeinsame Beziehung vermittelt. Menschen, die auf diese Weise kommunizieren, stammen primär aus kollektivistischen Gesellschaften, wie bspw. Japan, den mediterranen und arabischen Ländern (Hall & Hall, 1990). Kollektivistisch geprägte Menschen verstehen sich als Teil einer Gemeinschaft und ordnen eigene Bedürfnisse zum Erhalt des sozialen Umfeldes unter (Kizilhan, 2011c). Hier wird das Gespräch durch den Empfänger geprägt. Die Inhalte, welche über mehrere Kommunikationskanäle übermittelt werden, deutet der Zuhörer entsprechend (Glasner, 2003). Dem gegenüber bezeichnet Low-Kontext-Kommunikation die Verständigung, wenn Inhalte primär durch Sprachsymbole kodiert und direkt übertragen werden. Den Rahmenfaktoren kommt geringe Bedeutung bei. Besonders Menschen aus Nordamerika, Schweiz, Deutschland und nordeuropäischen Ländern kommunizieren auf dieser Ebene (Hall & Hall, 1990). Die Länder werden den individualistischen Kulturen zugeordnet (Homlong & Springer, 2013).

Schwierigkeiten im Miteinander können entstehen, wenn Menschen auf Basis der Low-Kontext-Kommunikation Informationen vermitteln, die High-Kontext-Personen nicht benötigen und dadurch verwundert sind. „One of the great communications challenges in life is to find the appropriate level of contexting needed in each situation“ (Hall & Hall, 1990, S.9). Innerhalb einer Kultur sind Menschen gut aufeinander abgestimmt, inwieweit Kommunikationsinhalte direkt oder über die Beziehungsebene u. a. übertragen werden (Hall & Hall, 1990). Beispielsweise nehmen Menschen aus High-Kontext-Kulturen die explizite, inhaltsorientierte Kommunikation als zu direkt, einseitig und unhöflich war (Glasner, 2003; Homlong & Springer, 2013).

Die Inhalte verdeutlichen, dass Kulturen einen konkreten Einfluss auf den verbreiteten Kommunikationsstil aufzeigen (Gudykunst et al., 1996). In dem *4-Dimensionen-Modell* von Hall und Hall (1990) entsteht Fehlverständigung durch Unterschiede in den kulturgeprägten Verhaltensweisen. Es wird ersichtlich, dass vor allem Kultur für Missverständnisse relevant ist. Polzius (2011) kritisiert die Inhalte dahingehend, dass sie nicht der Komplexität von Kultur gerecht werden, individuelle Unterschiede vernachlässigen und durch die

Kategorisierung von Kulturen die Entstehung von Stereotypen provozieren. Zu beachten ist, dass nach Hall und Hall (1990) stets individuelle Unterschiede das Kommunikationsverhalten prägen können.

Um Ursachen für Verständigungsprobleme aus einer weiteren Perspektive zu betrachten, wird auf das Modell von Georg Auernheimer (2008) eingegangen. Er kritisiert die verbreitete Tendenz, den Fokus zu sehr auf Kultur zu legen und Verständigungsprobleme auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen. Nach seiner ganzheitlicheren Sicht können die Dimensionen „Machtasymmetrien, Kollektiverfahrungen, Fremdbilder, differente Kulturmuster oder Scripts“ (Auernheimer, 2008, S. 45) herangezogen werden, um Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Miteinander zu erklären.

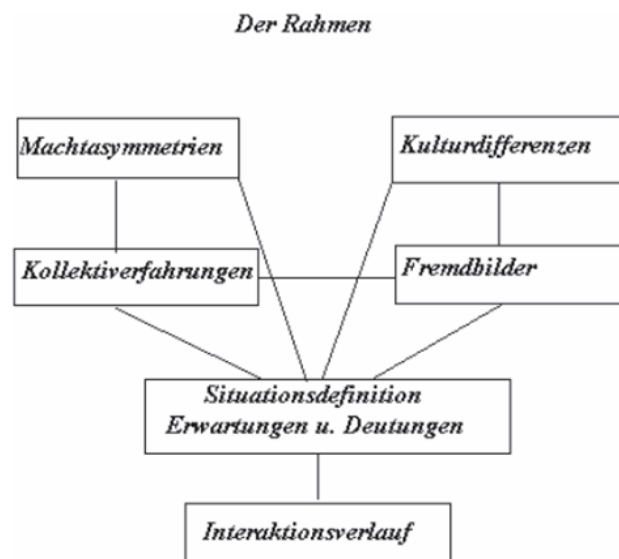


Abbildung 1: Kommunikationsmodell (Auernheimer, 2008, S. 46).

Im Miteinander kann ein Machtgefälle durch gesellschaftliche, politische und institutionelle Gegebenheiten des Gesprächs, wie z. B. in der Begegnung zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und Einheimischen, entstehen (Auernheimer, 2008). Eine Machtasymmetrie kann ebenso entstehen, wenn eine Person nicht in ihrer Muttersprache kommuniziert. Derjenige kann sich nur mittels einer eingeschränkten Wortauswahl verständigen. Dadurch entsteht die Schwierigkeit, sich selbst gut präsentieren oder eigene Bedürfnisse zu äußern (Auernheimer, 2008; Leenen et al., 2008). „In der dominanten Position ist man erstens versucht, die Macht der Deutung für die Äußerungen der anderen zu beanspruchen, und zweitens versucht, Störungen der Kommunikation einseitig der anderen Seite anzulasten“ (Auernheimer, 2008, S. 51). In Bezug auf Menschen mit

Migrationshintergrund kann dies die therapeutische Beziehung wesentlich beeinflussen, da für diejenigen das Gefühl entstehen kann, sich in einer unsicheren Position zu befinden.

Kollektiverfahrungen beinhalten die Tendenz, sich als Teil einer kulturellen Gemeinschaft wahrzunehmen und von Außenstehenden als Mitglied einer fremden Gruppe gesehen zu werden. Kollektiverfahrungen können durch die Vergangenheit, wie z. B. geschichtliche Ereignisse oder durch eine gemeinsame Migrationserfahrung bedingt sein. Besonders in Situationen, die durch eine Machtasymmetrie gekennzeichnet sind, nehmen Menschen, die sich dem Gegenüber untergeordnet fühlen, kollektive Erfahrungen stärker wahr (Auernheimer, 2008). Dieses Zugehörigkeitsgefühl begünstigt die Entstehung von Fremdbildern, welche die Erwartungen der Kommunikationspartner und schließlich den Kommunikationsverlauf prägen. Fremdbilder bewirken, dass sich Menschen mit ihrer kulturellen Gemeinschaft eindeutig von anderen Gruppen abgrenzen (Auernheimer, 2008).

Bewusst an letzter Stelle gesetzt geht Auernheimer (2008) auf differente Kulturmuster ein, welche primär auf ethnische Gruppen bezogen sind. „Neben den Kollektiverfahrungen und Fremdbildern steuern Deutungsmuster, die selbstverständliches Element der jeweiligen Lebenswelt oder Kultur sind, die sozialen Erwartungen“ (S. 54). Wenn eigene kulturelle Gewohnheiten im Denken und Wahrnehmen nicht weiter hinterfragt werden, entstehen leicht Verständnisschwierigkeiten. Durch Auernheimer wird stets verdeutlicht, dass die einzelnen Dimensionen nicht getrennt voneinander gesehen werden können. Zum Beispiel können Fremdbilder durch spezifische Wahrnehmungsmuster und gesellschaftliche Entwicklungen entstehen, wobei Machtasymmetrien wiederum in Verbindung mit Kollektiverfahrungen stehen, die durch kulturelle Zugehörigkeit geformt werden (Auernheimer, 2008). „Insofern stellt sich die Frage, ob wir nicht doch alles auf Kultur zurückführen können“ (Auernheimer, 2003, S. 4). Generell sollte in diesem Modell nicht der Eindruck von Ursache-Wirkungs-Prinzipien entstehen (Auernheimer, 2008). Das Modell kann als Bereicherung gesehen werden, weil Verständigungsprobleme nicht nur auf Kultur, sondern gleichermaßen in Bezug auf den Kontext, Besonderheiten in den zwischenmenschlichen Beziehungen und der Lebensgeschichte des Einzelnen gesehen werden. Im weiteren Verlauf wird deutlich, welche Relevanz Machtverhältnisse und das Zugehörigkeitsgefühl in den Begegnungen einnehmen kann.

In diesem Kapitel wurden die allgemeinen Merkmale von Kommunikation, die Einflüsse von Kultur auf Sprache und die Besonderheiten im Aufeinandertreffen von Personen verschiedener Kulturen eingehend betrachtet. Die Erklärungen über transkulturelle Konflikte von Hall und Hall und Auernheimer wurden gewählt, da sie unterschiedliche Herangehensweisen vertreten. Um interkulturelle Schwierigkeiten aus weiteren Blickwinkeln

betrachten zu können, eignet sich das Modell von Hofstede und Hofstede (2006), welches kulturelle Unterschiede anhand von fünf Kulturdimensionen erklärt. Als aktuelleres Modell gilt das *TOPOI-Modell* von Edwin Hoffmann, welches auf den Axiomen von Watzlawick (2011) beruht und in fünf Bereichen die Spezifika der interkulturellen Kommunikation darstellt (Hoffmann, 2008). Im weiteren Verlauf werden die genannten Inhalte bei der Betrachtung von Missverständnissen im Miteinander zwischen Patienten mit Migrationshintergrund und Therapeuten implizit wiederkehren.

4 Transkulturelle Besonderheiten im therapeutischen Setting

In diesem Kapitel werden die bisherigen Inhalte auf Schwierigkeiten in der Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund übertragen. Einführend wird die grundsätzliche Rolle von Sprache in der Psychotherapie geschildert. Im weiteren Verlauf werden Bedingungen in der Therapie dargestellt, welche durch kulturelle Aspekte der Therapeuten und Patienten beeinflusst werden. Es wird ersichtlich, inwieweit Diskrepanzen zwischen Patienten mit Migrationshintergrund und Therapeuten entstehen können. Schließlich wird anhand von Studien deutlich, wie Missverständnisse von Patienten und Therapeuten in der Praxis wahrgenommen werden. Abschließend wird die Problematik aufgegriffen, welche Ursachen den Schwierigkeiten in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund zugeschrieben werden. Im Rahmen dieser Arbeit wird auf die ambulante und (teil-)stationäre psychotherapeutische Behandlung Bezug genommen. Aufgrund der eingeschränkten Datenlage im psychotherapeutischen Bereich werden ebenso Inhalte aus dem medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Arbeitsfeld verwendet. Trotz der Unterschiede in den Rahmenbedingungen, in den therapeutischen Techniken und in der Gesprächsgestaltung werden die Ergebnisse mit aufgenommen. Dies erfolgt, da die Interaktion zwischen Arzt und Patient in Blick auf Kommunikationsprobleme auf die psychotherapeutische Situation übertragen werden kann.

4.1 Psychotherapie und die Bedeutung von Sprache

In der Übersetzung bedeutet Psychotherapie *Seelenbehandlung*, wodurch die Vermutung entsteht, dass erkrankte Erscheinungsformen einer Seele zu heilen sind. Davon abweichend drückt die eigentliche Bedeutung aus, dass „Behandlung von der Seele aus [geschieht], (...) mit Mitteln, welche zunächst oder unmittelbar auf das Seelische des Menschen einwirken“ (Senf & Broda, 2012, S. 3). Die Definition von Strotzka (2013) bildet den Begriff Psychotherapie als heutige Wissenschaftsdisziplin und Behandlungsrichtung umfassend ab:

Psychotherapie ist eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einen oder mehreren Therapeuten (auf Grund einer standardisierten Ausbildung), zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit psychologischen Mitteln (oder vielleicht besser durch Kommunikation, vorwiegend verbal oder auch a verbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens. (S. 1)

Psychotherapie beinhaltet Maßnahmen, die auf eine Veränderung im Denken und Verhalten der Betroffenen ausgerichtet sind und erfordert die Bereitschaft der Patienten (Senf & Broda, 2012; Zimbardo, Gerrig & Graf, 2008). Die zu behandelnden Beschwerden beziehen sich auf psychische, psychosomatische oder „als psychisch bedingte oder mitbedingte körperliche Erkrankungen“ (Senf & Broda, 2012, S. 6). Den Erkrankungen ist gemeinsam, dass für die Patienten ein Leidensdruck besteht und sie sich in ihrer Lebensgestaltung eingeschränkt fühlen.

Psychotherapie wird in verschiedenen *Settings* durchgeführt, die als „behandlungsstrategische Elemente und Arrangements, die zur gezielten therapeutischen Beeinflussung genutzt werden“ (Senf & Broda, 2012, S. 3) bezeichnet werden. Das gemeinsam gewählte Setting legt die Basis für Regeln und Pflichten der Beteiligten und wird als *therapeutischer Wirkfaktor* gesehen (Ringler, 1995). In der vorliegenden Arbeit steht im Vordergrund die Einzelbegegnung und weniger das Gruppen- oder Familien-Setting (Senf & Broda, 2012). In Bezug auf den Titel dieses Abschnittes bezeichnen therapeutische Settings die institutionellen Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung, in denen Patienten mit Migrationshintergrund und Behandelnde in Kontakt treten (Ringler, 1995).

Sprache ermöglicht ein gemeinsames Verständnis zwischen Patient und Therapeut über die Entstehung der Erkrankung und der therapeutischen Vorgehensweise (Erim, 2009). Als Mittel zum Informationsgewinn dienen in der Psychotherapie neben Übertragungs-, Gegenübertragungsvorgängen und Empathie vor allem der kommunikative Austausch (Erim, 2009). Patienten kann ihre Gefühle, belastende Erlebnisse, Besonderheiten in ihren Beziehungen und sein Anliegen gegenüber dem Therapeuten beschreiben (BPtK, 2010). Für die Vermittlung von Inhalten, welche über das Sprachliche hinausgehen, sind Metaphern und symbolische Umschreibungen hilfreich, die meist im kulturellen Bezugsrahmen zu verstehen sind. „Je deutlicher sich Therapeut und Patient in einer bestimmten Sprache heimisch fühlen, desto mehr werden sie sich auch der kulturellen Vorannahmen dieser Sprache bedienen“ (Erim, 2009, S. 4). Therapeuten sind in der Lage durch bewusste Kommunikation die Auseinandersetzung der Patienten mit ihren Konflikten zu fördern und so den therapeutischen Prozess anzuregen (Senf & Broda, 2012). „Die therapeutische Sprache kann als ‚Kultur‘ verstanden werden, die bestimmte Bedeutungen und Bezeichnungen transportiert“ (S. 190). Demnach sind gezielte Kommunikationsstrategien und die Therapeut-Patient-Beziehung grundlegend für die Behandlung psychischer Erkrankungen (Senf & Broda, 2012).

Erim (2009), Wohlfahrt und Kluge (2007) unterstreichen, dass die Muttersprache einen Raum für gefühlsbezogene Erinnerungen bietet und den Zugang zu Phantasien und tiefliegenden, psychischen Inhalten ermöglicht. „Die Muttersprache ist ein Ort, der Geborgenheit und Sicherheit bietet“ (Kluge & Kassim, 2006, S. 189). Für eine günstige psychotherapeutische Beziehung sollte dieser Raum für Patienten geschaffen werden (Kluge & Kassim, 2006). Aus diesen Erläuterungen ist nachvollziehbar, dass die BPTK (2010) eine gemeinsame Sprache von Patienten und Therapeuten als Voraussetzung für die Psychotherapie sieht.

Besonderheiten entstehen für Personen, wenn sie eine neue Sprache lernen und sie sich anfänglich nur eingeschränkt ausdrücken können (Kluge & Kassim, 2006). Für Menschen mit Migrationshintergrund bedeutet es, dass sie sich in eine völlig neue, unbekannte Lebenswelt begeben und das Vertraute in ihrer Muttersprache hinter sich lassen (Glasner, 2003). Im günstigen Fall schafft es derjenige, das „Fremde mit dem Vertrauten innerlich zu verbinden, (...) am sozialen und gesellschaftlichen Leben aktiv teilnehmen zu können“ (Kohte-Meyer, 2006, S. 91f). Tendenziell eignen sich Erwachsene eine neue Sprache eher pragmatisch an. Aus diesem Grund ist es kaum möglich, sich die Satzmelodie und den Rhythmus zu verinnerlichen (Grinberg & Grinberg, 2010). „In der Erlebensweise von Migranten behält die Sprache der Einheimischen letztlich immer etwas Geheimnisvolles“ (Machleidt & Callies, 2012, S. 983).

Wenn Psychotherapie in der neu erlernten Sprache durchgeführt wird, sind Besonderheiten zu bedenken. Pitta, Marcos und Alpert (1978) erkannten, dass Patienten bei eingeschränkten Sprachkenntnissen Gefühle vermindert ausdrücken und eher Sprachstörungen aufzeigen. Wenn die Zweitsprache nicht gänzlich angeeignet wird, „finden in dieser unzulänglich beherrschten Sprache vorbewusste Affekte, Wünsche und Phantasien wenig oder keinen sprachlichen Ausdruck, werden unbewusst und bleiben verborgen“ (Kohte-Meyer, 2006, S. 91). Die Sprache kann im Vergleich zur Muttersprache nicht in dem Maße als Vermittler von Symbolen, Riten oder Identität wirksam werden (Erim, 2009; Kohte-Meyer, 2006). Andererseits bemerkten Pitta et al. (1978), dass sich durch die Zweitsprache emotionale Verknüpfungen und Abwehrreaktionen verstärken, die in der Muttersprache für Patienten zu emotional sein könnten. Aus diesem Grund wird die Möglichkeit gesehen, bewusst in der Zweitsprache mit dem Patienten psychotherapeutisch zu arbeiten. Aus der Sicht von Erim (2009) können belastende Bereiche ohne weitere Ausführungen eher angesprochen werden. Eine fehlende sprachliche Basis zwischen Patient und Therapeut kann dazu führen, dass sie sich stärker um gegenseitiges Vertrauen bemühen. Eberding (2004) hebt weitere positive Aspekte hervor, wenn in der Psychotherapie zwei Sprachen

präsent sind. „Wer eine Sprache spricht, hat das Wissen eines Menschen, wer zwei Sprachen spricht, das von zweien“ (S. 92). In der Zusammenarbeit mit einem anderssprachigen Patienten entsteht eine vielseitigere Grundlage an Wissen, Metaphern und Ideen (Eberding, 2004).

4.2 Kulturspezifische Faktoren in der Psychotherapie

Im Mittelpunkt stehen kulturspezifische Aspekte, welche die Erwartungen von Patienten und Therapeuten beeinflussen. Das Ziel liegt darin, die Vielfalt in den Sichtweisen von Menschen, welche aus verschiedenen Kulturen stammen, zu skizzieren. Dies gewährleistet, das Verhalten und Denken von Therapeuten und Patienten besser nachzuvollziehen. Die nachstehenden Inhalte können fehlverstanden werden, dass Menschen zu Kategorien von Kulturen zugeordnet werden können. Dem ist zu widersprechen, weil Menschen als Individuen stets differenziert zu betrachten sind.

Auch wenn in diesem Abschnitt der Schwerpunkt auf kulturellen Aspekten liegt, sind migrations- und kulturbedingte Themen in der Psychotherapie zu unterscheiden (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007). Vertiefend kann die Einteilung durch die religiöse Ebene erweitert werden, welche in der vorliegenden Arbeit unter der kulturellen Dimension aufgeführt wird. Die Differenzierung von Kultur, Migration und Religiosität wird in der Psychotherapie mit Menschen mit Migrationshintergrund häufig vernachlässigt (Wunn & Klein, 2011). Behrens und Callies (2008) untersuchten in einer Studie die Relevanz von migrations- und kulturbedingten Faktoren in der Behandlung. Sie bezogen sich auf Patienten der ersten Migrantengeneration in einer sozialpsychiatrischen Tagesklinik. Migrationsbedingte Aspekte nahmen mit einer Häufigkeit von 41,8 % eine größere Bedeutung in der Therapie ein. Im Vergleich wurden kulturspezifische Aspekte lediglich mit einer Häufigkeit von 25,5 % erwähnt. Behrens und Callies (2008) schlussfolgerten, dass Migrationserfahrungen in der Psychotherapie als mindestens genauso bedeutsam erachtet werden sollte wie kulturelle Unterschiede.

Haasen (2000) hebt hervor, dass sich die Vielfalt von Kulturen in unterschiedlichen Einstellungen zur Ätiologie, Symptomatik und Heilung von Erkrankungen widerspiegelt. In diesem Abschnitt wird neben dem westlich geprägten Krankheitskonzept Bezug auf die Sichtweisen gemeinschaftsorientierter Kulturen genommen. Im vornherein ist zu bedenken, dass es sich „weniger um feststehende Krankheitskonzepte und Krankheitsklassifizierungen [handelt], als vielmehr um ein lebendiges, dynamisches Wissen, das innerhalb des

Sozialnetzes wächst“ (Koën, 2009, S. 268f). Aufgrund des Fokus der verfügbaren Literatur auf die türkisch geprägte Kultur wird diese vermehrt dargestellt. Münch und Rohner (2011) bemerken, dass wegen der Heterogenität der Menschen innerhalb eines Kulturraumes generalisierende Aussagen kritisch betrachtet werden sollten. Eine Gemeinsamkeit in den Vorstellungen über Gesundheit besteht jedoch darin, dass diese auf *Homöostase*, einem Gleichgewicht zwischen den Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten der Individuen, beruht (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007).

Das sogenannte *westliche* Krankheitsverständnis basiert auf einer naturwissenschaftlichen Denkweise (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA, 2011; Razum et al., 2004). Der Körper wird von der Seele getrennt gesehen (Haasen, Kleinemeier & Yagdiran, 2005). Aus diesem Grund besteht die Annahme, dass einzelne Körperbereiche unabhängig voneinander erkranken können (Kousse mou, 2007). Erkrankungen können auf innere und äußere Ursachen zurückgeführt werden (BZgA, 2011). Im Krankheitsfall wird mithilfe objektiver Kriterien ein Funktionsversagen des entsprechenden Organs festgestellt (Tuna & Salman, 1999).

Bei Menschen aus anderen Kulturkreisen kann das Krankheitskonzept durch nachstehende Merkmale gekennzeichnet sein. Krankheiten werden von außen ausgelöst (Ebner, 2010; Münch & Rohner, 2011). Aufgrund der nicht vorhandenen Trennung zwischen Körperlichem und Psychischem ist der Mensch ganzheitlich von der Erkrankung betroffen (Yildram-Fahlbusch, 2003b). Aus diesem Grund ist es für Patienten anderer Kulturen nicht nachvollziehbar, wenn körperliche, psychische und soziale Faktoren voneinander abgegrenzt werden (Yildram-Fahlbusch, 2003b). Erkrankungsursachen können über religiös geprägte und magische Vorstellungen verstanden werden. Diese werden tendenziell von traditionellen, auf dem Land lebenden und kollektivistisch geprägten Menschen vertreten (Kizilhan, 2011c). Im Rahmen einer Studie wurde festgestellt, dass Personen aus dem türkischen Kulturraum in einer Erkrankung teilweise die Prüfung oder Strafe durch Gott sehen (Yilmaz-Aslan, Brzoska, Berens, Salman & Razum, 2013). Die Beschwerden werden meist auf unrechtmäßiges Verhalten zurückgeführt, die durch Vorfahren der Familie, Geister oder Dämonen wahrgenommen wurden (Machleidt & Callies, 2012). In magisch orientierten Krankheitskonzepten werden Gesundheitseinschränkungen auf Schwierigkeiten in den familiären Beziehungen zurückgeführt. Der Mensch wird nicht selbst, sondern das soziale Umfeld als problembelastet bewertet (Domenig, 2003; Machleidt & Callies, 2012). Häufig wird der *böse Blick* durch Mitmenschen verantwortlich für psychische Erkrankungen gesehen (Haasen et al., 2005; Razum et al., 2004). Der Glaube an das Schicksal ist verbreitet, in welchem Krankheitsursachen ebenfalls auf externe Faktoren zurückgeführt werden (Ete,

2002). In weiteren Kulturen kann das Krankheitskonzept auf einem naturalistischen Verständnis beruhen, in denen Erkrankungen auf das Klima oder auf Elemente wie Wasser und Erde zurückgeführt werden (Koën, 2009).

Molinari (1995) drückt sich gegen eine Haltung aus, die magische Krankheitskonzepte mit einem geringeren Wissensstand in Zusammenhang bringt. Im Glauben ist von einem anderen Zugang zur Wirklichkeit auszugehen, welcher Mitgliedern anderer Kulturen befremdlich erscheinen kann. Traditionelle Krankheitskonzepte sind durchaus weit verbreitet und können selbst nach längeren Aufenthalten in neuen Kulturen weiter Bestand haben (Molinari, 1995). Kizilhan (2011c) betont, dass magische und religiöse Vorstellungen nützlich für die Psychotherapie sein können und diese nicht von vornherein als widersprüchlich zur westlichen Psychotherapie gesehen werden müssen. Unter Einbeziehung des transkulturellen Kulturverständnisses ist davon auszugehen, dass sich die kulturellen Konzepte von Menschen mit Migrationshintergrund mit zunehmender Aufenthaltsdauer verändern können. Wenn Akkulturation an die neue Kultur geschieht, können Migranten über ein Krankheitskonzept verfügen, welches naturwissenschaftliche und traditionelle Ansätze aufweist (Ete, 2002; Tuna & Salman, 1999).

Seelisches Kranksein ist als inneres Leiden für Menschen mancher Kulturen schwer nachvollziehbar und wird als *geisteskrank* eingeordnet (Yildram-Fahlbusch, 2003b). Münch und Rohner (2011) erwähnen, dass „ein psychodynamisches und psychosomatisches Erklären von Erkrankungen (...) für ein türkisches Verständnis von Krankheit sehr fernliegend“ (S. 438) ist. Psychische Erkrankungen können in gemeinschaftsorientierten Gesellschaften als Schwäche bewertet werden, weil die erkrankte Person nicht ihren Beitrag zur Gemeinschaft leisten kann. Im Gegenzug werden sichtbare, körperliche Beschwerden gesellschaftlich als Erkrankung anerkannt (Wulff, 1990). Dadurch wird einer körperlich erkrankten Person mehr Verständnis entgegen gebracht (Schouler-Ocak, Rapp, Reiske & Heinz, 2008).

Die verschiedenen Krankheitskonzepte bewirken Unterschiede in der Wahrnehmung und Äußerung von Symptomen. Beispielsweise beziehen deutsche Patienten ihr Leiden stärker auf einzelne Organe (Ete, 2002). Demgegenüber drücken Menschen, die u. a. der türkischen Gemeinschaft angehören, ihre Beschwerden verstärkt über diffuse, schmerbetonte, körperliche Krankheitszeichen aus (Tuna & Salman, 1999; Yilmaz-Aslan et al., 2013). Kahraman (2007) sieht einen kulturellen Unterschied in dem Ausmaß, wie vielfältig Beschwerden geäußert werden können. Dies verdeutlicht sie an dem Beispiel, dass in der türkischen Sprache neun Bezeichnungen zur Beschreibung von Schmerzzuständen zur

Verfügung stehen. In dem Kulturkreis werden ausgehend von der ganzheitlichen Vorstellung des Menschen psychische Symptome stärker somatisch erlebt (Ebner, 2010). Diese Besonderheiten im Umgang mit psychischen Erkrankungen können zur Situation führen, dass Menschen mit Migrationshintergrund in der Behandlung zunächst somatische Beschwerden thematisieren und erst später auf der Basis eines vertrauensvollen Miteinanders psychisches Leiden ansprechen (Wulff, 1990). Kulturelle Unterschiede können sich in der Erzählweise über Beschwerden von Patienten zeigen. Tendenziell berichten Patienten aus gemeinschaftsorientierten Kulturen Geschehnisse weniger in der zeitlichen Reihenfolge, wie es der westlich orientierte Therapeut erwarten würde. Die Patienten strukturieren Ereignisse nach ihrer Wichtigkeit, bspw. im Zusammenhang mit dem sozialen Kontext. Dies steht im Zusammenhang mit dem Erleben von Zeit in den verschiedenen Kulturen (Kizilhan, 2011c; Wulff, 1990). Beispielsweise vertreten Menschen der vietnamesischen Kultur die Vorstellung, dass Zeit nicht vergeht, sondern sich in einem Rhythmus wiederholt (Wulf, 1990). Ete (2002) stellt die Behauptung auf, dass Patienten aus dem türkischen Kulturraum, welche eher traditionell leben und eine geringe Schulbildung aufweisen, weniger Fähigkeiten zur Selbstreflexion hätten.

Domenig (2003) sieht eine Tendenz individualistisch orientierter Therapeuten darin, Probleme in der sozialen Interaktion des Patienten als persönliches, psychisches Thema zu bewerten und körperliche Beschwerden wenig ernst zu nehmen. Daraus kann bei ihnen die Sicht entstehen, dass Menschen mit Migrationshintergrund auf Körperliches fixiert sind, statt sich mit seelischen Konflikten zu befassen. Nach der Sicht von Kizilhan (2011c) reagieren Betroffene auf diese Einstellung mit einer stärkeren Darstellung körperlicher Beschwerden, um den Therapeuten von ihren Beschwerden zu überzeugen.

Eine gute Behandlung steht in Abhängigkeit von den Erwartungen an die Psychotherapie (Gün, 2012). Die Ziele in der westlich orientierten Psychotherapie umfassen die Stärkung der Selbstverantwortlichkeit, Individualität und des Selbstbewusstseins des Patienten (Yilmaz, 2006). Innerhalb der Behandlung wird angestrebt, belastende Konflikte bewusst werden zu lassen und diese gemeinsam unter aktiver Beteiligung des Patienten zu bearbeiten (Yildram-Fahlbusch, 2003b). Um dies zu erreichen, strebt der Therapeut eine Aktivierung der Ressourcen des Patienten an (Schouler-Ocak et al., 2008). Der Fokus liegt primär auf dem Individuum, wobei der soziale Kontext vernachlässigt wird (Zane, Nagayama Hall, Sue, Young, & Nunez, 2004).

Die Ansätze können für Menschen aus familienorientierten Kulturkreisen schwer nachvollziehbar sein und Abneigung hervorrufen. Daher ist es verständlich, dass Patienten

aus dem türkischen Kulturkreis eher einen *hoca*, einen türkischen Seelsorger, aufsuchen (Yildram-Fahlbusch, 2003b). Im Wertesystem von Menschen aus familienorientierten Gesellschaften steht Gehorsam, Unterstützung der Gemeinschaft und Respekt vor höher stehenden Personen an oberster Stelle. Dies steht im Widerspruch zur Förderung von Autonomie in der hiesigen Psychotherapie (Yilmaz, 2006). In diesen Kulturen sehen sich Patienten aufgrund der äußeren Ursachenzuschreibung für die Erkrankung von ihrer Verantwortung befreit (Schouler-Ocak et al., 2008) und sind für eine aktive Bearbeitung der Schwierigkeiten weniger bereit (Yildram-Fahlbusch, 2003b). Bei den Patienten kann die Erwartungshaltung entstehen, dass Therapeuten eindeutige Anweisungen äußern und sie zeitnah über die Erkrankungsentstehung aufklären (Kizilhan, 2011c). Die Fähigkeiten des Therapeuten werden höher eingeschätzt, wenn die Behandlung auf Medikamenten basiert. Dies liegt der Meinung zugrunde, dass Medikamente für einen Heilungserfolg nicht zu ersetzen sind, auch weil Beschwerden ohne Medikamentengabe nicht als ernst zu nehmende Erkrankung angesehen werden (Yilmaz-Aslan et al., 2013). Wenn Menschen ein religiöses Krankheitskonzept vertreten, dient eine Therapie zur Auseinandersetzung mit Schuldfragen und Medikamente lassen Strafen erträglicher werden (Machleidt & Callies, 2012). Das Gebet ist für den Betroffenen von Bedeutung, um Gnade Gottes erfahren zu können (Assion, 2004).

Neben Besonderheiten in der Erwartungshaltung können ebenso kulturelle Unterschiede im Verhalten in der Rolle als Patient gesehen werden. Die Einstellungen zur Krankheit und Behandlung, die von Menschen aus gemeinschaftsorientierten Kulturen vertreten werden, erzeugen ein passives Verhalten gegenüber hierarchisch höher stehenden Personen. Es widerspricht dem traditionellen Glauben, die eigene Situation zielstrebig zu verändern und die Behandlung aktiv mitzugestalten (Münch & Rohner, 2011).

Von Patienten aus anderen Kulturen wird häufiger die Einbeziehung von Familienmitgliedern gefordert (Walter & Adam, 2008). In Übereinstimmung mit den Erwartungen der erkrankten Person zeigen Angehörige eine hohe Fürsorge und Rücksichtnahme (Kizilhan, 2011c). An den Betroffenen kann die Erwartung heran getragen werden, der Patientenrolle mit Äußerungen über Beschwerden zu entsprechen (Wunn & Klein, 2011). Durch die starke Aufmerksamkeit der sozialen Gemeinschaft kann ein sekundärer Krankheitsnutzen für den Patienten entstehen, weshalb sie möglicherweise eher in ihren Rollen verharren (Kizilhan, 2011c). Das familiäre Umsorgen des Patienten steht im Widerspruch zum Ziel, eine zügige Leistungsfähigkeit zu erreichen (Domenig, 2003). Dennoch kann die Einbeziehung von familiären Mitgliedern bewirken, dass ein besseres Verständnis über die Erkrankung und die sozialen Beziehungen gewährleistet wird (Kizilhan, 2011c).

Das Verhalten von Patienten kann weiter durch ihre kulturellen Einstellungen in Bezug auf *Scham* und *Ehre* beeinflusst werden. Schamhaftigkeit kann im Miteinander mit dem anderen Geschlecht deutlich werden. Westliche Behandlungskonzepte können gegen das Schamgefühl verstoßen (BZgA, 2011). Eine Verletzung der Ehre ist der Fall, wenn ein negatives Bild über die Familie von außen her entsteht (Wunn & Klein, 2011). In Bezug auf Psychotherapie können Patienten versuchen, bestimmte Themen aus diesem Grund zu vermeiden (Kizilhan, 2011c). Kulturspezifisch zeigt sich besonders das Gefühl der Ehre auf Seiten des Mannes. Dieser ist als Familienoberhaupt verantwortlich, das Ansehen der Familie nach außen hin zu wahren. Wenn psychische Erkrankungen gesellschaftlich wenig anerkannt sind, kann im Falle einer Diagnose seine und die Ehre seiner Familie verletzt sein (Koch, 2005).

Aufbauend auf diese Informationen wird deutlich, dass unterschiedliche kulturelle Hintergründe die Therapeut-Patient-Beziehung beeinflussen. Patienten aus familienorientierten Gemeinschaften legen einen stärkeren Wert auf eine harmonische Atmosphäre und die Beziehung zum Therapeuten, als auf eine umfassende Anamnese oder fachliche Kenntnisse (Kizilhan, 2011c). Nach Schouler-Ocak et al. (2008) erwarten Patienten aus der türkischen Kultur ein „familiäres Autoritätsverhältnis“ (S. 170) zum Therapeuten. Der Therapeut wird hochangesehen, weshalb es als überheblich betrachtet wird, seine Entscheidungen nachzufragen (Ete, 2002). Damit übereinstimmend verhält sich der Patient zurückhaltend und erwartet Regeln, die zu befolgen sind (Kizilhan, 2011c). Aufgrund des vermeintlich höheren Status des Therapeuten besteht die Neigung, die Kompetenz des Therapeuten zu überschätzen (Walter & Adam, 2008).

Die therapeutische Beziehung kann durch Therapeuten aus westlichen Kulturen auf eine andere Weise wahrgenommen werden. Sie gehen von einem partnerschaftlichen Miteinander auf Augenhöhe aus, welches durch eine gewisse Distanz und Sachlichkeit geprägt ist (Münch & Rohner, 2011; Schouler-Ocak et al., 2008). Die Aufmerksamkeit ist auf die zu bearbeitenden Konflikte gelegt (Domenig, 2003). Dem Patienten soll ein Raum zur Verfügung gestellt werden, um sein Anliegen zur Sprache zu bringen, zu reflektieren und zwischenmenschliche Schwierigkeiten zu thematisieren (Grawe, 2000). Diese unterschiedlichen Verständnisse können eine Überforderung bei dem Patienten auslösen. So kann der Eindruck bei Patienten anderer Kulturen entstehen, der Therapeut würde aufgrund mangelnder Kompetenz den Patienten stärker einbeziehen (Münch & Rohner, 2011).

Stets ist zu bedenken, dass Psychotherapie unabhängig von kultur- und migrations-spezifischen Faktoren begünstigt oder belastet sein kann. Hierzu zählen auf Seiten des Patienten bspw. die Art der psychischen Erkrankung, seine soziale Lebenssituation, Schichtzugehörigkeit, bisherige psychotherapeutische Erfahrungen (Möske et al., 2011) und die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, die im Lebensverlauf kulturübergreifend auftreten (Erikson, 1999). Molinari (1995) vertritt die Meinung, dass Menschen aus unteren sozialen Schichten gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung aufgrund negativer Vorannahmen eher abgeneigt sind.

Als Fazit kann in der Auseinandersetzung mit Missverständnissen nicht nur von sprachlichen Ursachen ausgegangen werden. Verschiedene Krankheitskonzepte, Symptomdarstellungen und damit verknüpfte Erwartungen können zu gegenseitigem Unverständnis und verminderter Behandlungszufriedenheit führen (Domenig, 2003; Penka, Schouler-Ocak, Heinz & Kluge, 2012). Die Herausforderung an Patienten und Therapeuten besteht, sich auf die jeweils befremdlich wirkenden Sichtweisen einzulassen (Wunn & Klein, 2011).

4.3 Psychotherapeuten in der transkulturellen Situation

Dieser Abschnitt untersucht wie Psychotherapeuten und Patienten mit Migrationshintergrund das Miteinander in der Behandlung erleben. Zunächst erfolgen Aussagen aus der Sicht von Patienten. Durch die verschiedenen Therapiekonzepte kann der Vorwurf auf Seiten der Patienten entstehen, dass sich deutsche Therapeuten distanzieren und abgrenzen (Kahraman, 2007). Auf der Basis von seinen Erfahrungen als Psychiater stellt Ete (2002) Unzufriedenheit von Patienten aus dem türkischen Kulturraum in Bezug auf Behandlungsmethoden deutscher Ärzte fest. Für die Patienten scheint die Behandlung zu sehr auf apparativen Methoden zu basieren, was durch Brucks und Wahl (2003) bestätigt wird. Ärzte türkischer Kultur können Erkrankungen durch Gespräche, Nachfragen oder durch alleinige Betrachtung des Patienten feststellen. Unterschwellig wird die Kritik im nachstehenden Satz eines Patienten deutlich. „Türkische Ärzte sagen mir meine Krankheit, deutsche Ärzte wollen sie von mir wissen“ (Ete, 2002, S. 88).

Aufgrund der eingeschränkten Datenlage liegt der Schwerpunkt auf dem Meinungsbild von einheimischen Psychotherapeuten. Das Einbeziehen von Familien in anderen Kulturen wird von westlichen Therapeuten mitunter als nachteilig bewertet. Sie äußern die Vermutung, dieser enge familiäre Zusammenhalt schränke Patienten in ihren individuellen Entwicklungen ein. Dem ist gegenüber zu stellen, dass die soziale Einbindung für die Patienten sehr

stabilisierend wirken kann (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN, 2013). Walter und Adam (2008) thematisieren, dass von Therapeuten die Psychotherapie mit Menschen mit Migrationshintergrund teilweise mit *Unwirtschaftlichkeit* in Verbindung gebracht wird. Im Rahmen einer Befragung von Berliner Psychotherapeuten gaben einige Teilnehmer das unterschiedliche Krankheitskonzept als Schwierigkeit für die Therapie an. Weiterhin waren für 25,0 % einheimische Therapeuten und für 18,2 % der Therapeuten mit Migrationshintergrund Kulturunterschiede gelegentlich der Grund für den Behandlungsabbruch (Jeschke & Hillenbrand, 2011). Therapeuten empfinden von den Patienten ganzheitlich, undifferenziert und körperbezogen dargestellte Symptome als belastend (Ete, 2002; Kahraman, 2007).

Kahraman (2007) kam in ihrer Studie zum Ergebnis, dass die interviewten Psychotherapeuten die Wahrnehmung der Symptome ihrer, aus der Türkei stammenden, Patienten sehr abwertend darstellten. „Klienten/innen ‚jammern den ganzen Tag‘, sie ‚somatisieren statt kommunizieren‘, ‚beten gebetsmühlenartig ihren Sermon runter‘ oder ‚redeten ewig um den heißen Brei“ (S. 28). In ähnlicher Weise vertritt Assion (2005) die Meinung, der verstärkte körperliche Ausdruck von Beschwerden würde „von manchen westlichen Medizinerinnen durchaus vorurteilsvoll und abschätzig mit dem Schlagwort eines ‚Ganzkörperschmerzes‘ abgetan“ (S. 138). Bei Therapeuten kann der somatische Bezug der Patienten Überforderung und Unzufriedenheit auslösen (Kahraman, 2007). Hervorzuheben ist, dass in der Psychotherapie ein ausgeprägtes körperliches Erleben leicht als Störung, bspw. als Somatisierungsstörung klassifiziert wird (Kahraman, 2007). Weiterhin sehen Therapeuten z. T. ein unselbstständiges Verhalten bei Patienten aus anderen Kulturen (Kahraman, 2007). Deutsche Hausärzte formulierten im Rahmen einer Studie, Patienten muslimischen Glaubens würden primär „konkrete Hilfen erwarten, welche in der Regel nur kurz helfen“ (Kronenthaler, Hiltner & Eissler, 2014, S. 4).

Weiteren Aufschluss über die Erfahrungen und Einstellungen von deutschen Hausärzten in Bezug auf Patienten des muslimischen Glaubens bietet die Studie von Kronenthaler et al. (2014). Einige Ärzte erlebten die Behandlungen aufgrund des hohen Schamgefühls und der Zurückhaltung gerade bei weiblichen Patienten als schwierig. Besonders, wenn verschleierte Frauen den Handschlag vermeiden und dies kaum besprochen werden kann, löst dies Berührungssängste bei den Ärzten aus. Vor allem männliche muslimische Patienten wurden als dominant erlebt, wobei Frauen meist in Begleitung in die Behandlung kamen. Die Ergebnisse sind eingeschränkt zu betrachten, weil die Vorstellungen der Hausärzte von *muslimisch* nicht erfasst wurden und zwischen religiös- und kulturbedingten Problemen nicht differenziert wurde. Zusammenfassend ist unter den befragten Ärzten eine negative

Grundhaltung gegenüber der Behandlung von muslimischen Patienten vorhanden. Durch die vereinzelt positiven Stimmen der Befragten entsteht jedoch der Eindruck, dass die Erfahrungen mit muslimischen Patienten unterschiedlich sind und diese Patientengruppe nicht einheitlich betrachtet werden kann. Dennoch „werden muslimische Patienten in den Ergebnissen als eine homogene Gruppe, die sich von der ‚normalen Behandlungspraxis‘ der Hausärzte sowie anderen Patientengruppen problematisch abhebt, dargestellt“ (S. 4). Insgesamt wurden Faktoren wie die individuelle Lebenssituation der Patienten durch die befragten Hausärzte weniger beachtet (Kronenthaler et al., 2014). Als weiterer Punkt scheint für einheimische Therapeuten die gesellschaftliche Integration der Patienten mit Migrationshintergrund relevant zu sein. Im Rahmen von Interviews äußerten Therapeuten, dass sie trotz Indikation und Motivation der Patienten eine Integration als Basis für eine gemeinsame Psychotherapie vorhanden sein muss (Gün, 2007b).

Es stellt sich die Frage, inwieweit sich Psychotherapeuten für eine Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund bereit erklären. In einer Umfrage wurden im Jahr 2006 Münchener Psychiater und Psychotherapeuten kontaktiert, die im Verzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns als mehrsprachig erwähnt waren. Das Referat für Gesundheit und Umwelt in München sprach die Bitte an ärztliche und psychotherapeutische Therapeuten aus, sie in die Liste der fremd- und muttersprachlichen Psychotherapeuten aufzuführen zu dürfen. Jeweils 60,0 % der Psychotherapeuten antworteten mit einer Absage. Die Begründungen bezogen sich bei den ärztlichen Psychotherapeuten darauf, dass sie Psychotherapien nicht durchführen. Die psychologischen Psychotherapeuten erwähnten u. a., dass sie „diese Klientel als zu schwierig sehen und lieber mit anderen Klienten arbeiten wollen“ (Lorenz, 2007, S. 5). Weiterhin erhielten sie bereits zahlreiche Anfragen von Menschen mit Migrationshintergrund und schätzten ihre eigenen Fremdsprachkenntnisse als ungenügend ein (Lorenz, 2007). In der Literatur herrschen Parallelen zwischen allgemeinen Vorstellungen des *schwierigen Patienten* und der dargestellten Sicht der Therapeuten. Ein schwieriger Patient wird mit den Eigenschaften der Wehleidigkeit, der Tendenz zu ausschweifenden Symptomäußerungen, somatoformen Leiden und Passivität belegt (Mehnert, Lehmann & Koch, 2012).

Um die Aussagen differenzierter einordnen zu können, sind mögliche Herausforderungen für Psychotherapeuten zu skizzieren. Einerseits werden Kenntnisse von ihnen über den jeweiligen kulturellen Hintergrund des Patienten erwartet. Auf der anderen Seite besteht in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund verstärkt die Möglichkeit, dass sie durch Traumatisierungen schwer belastet sind. Die Aufgabe besteht darin, sich an den individuellen Bedürfnissen des Patienten zu orientieren und kulturell mögliche

Besonderheiten zu berücksichtigen (Schmeling-Kludas, 2005). Es ist denkbar, dass sich Psychotherapeuten aufgrund ihres anderen kulturellen, religiösen und sozialen Hintergrunds in eine neue Lebenswelt hineindenken müssen, um ganzheitlich therapieren zu können (Kronenthaler et al., 2014).

4.4 Verständigungsstörungen im therapeutischen Kontext

Es werden in Deutschland durchgeführte Studien dargestellt, welche Verständigungsschwierigkeiten in der Psychotherapie mit Menschen mit Migrationshintergrund beleuchten. Die Rolle von Missverständnisse in der Behandlung wird untersucht und wie Therapeuten mit Sprachproblemen ihrer Patienten umgehen. Beispielsweise erwähnten in einer Befragung über Erfahrungen mit Patienten des muslimischen Glaubens 76,0 % der deutschen Hausärzte Sprachprobleme. Kommunikative Verständigungsschwierigkeiten wurden stärker als Hindernis für die Behandlung gesehen, als kulturelle und religiöse Aspekte (Kronenthaler et al., 2014).

Die Studie von Haasen et al. (1999) liefert Hinweise über Sprachprobleme von Menschen mit Migrationshintergrund im stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext. In den Patientenakten von 37,6 % der Menschen mit Migrationshintergrund wurden Sprachprobleme dokumentiert. Bei männlichen Patienten wurde mit 40,3 % ein signifikant höherer Anteil an Sprachproblemen festgestellt als bei Frauen mit 33,7 %. Ein weiterer Unterschied bezieht sich auf das durchschnittliche Lebensalter. Migranten mit Sprachproblemen waren durchschnittlich 33,7 Jahre alt, wobei das Alter in der Patientengruppe ohne Sprachprobleme bei 35,5 lag. 22,5 % der Migranten mit Sprachschwierigkeiten wurden über eine Zwangseinweisung in die Psychiatrie aufgenommen. Demgegenüber wurden lediglich 11,6 % der Patienten ohne Sprachprobleme unfreiwillig eingewiesen. 54,0 % der zwangseingewiesenen Patienten wurden Sprachprobleme zugeordnet. Dieser Anteil fiel mit 34,6 % bei freiwillig eingewiesenen Patienten geringer aus. Bei einer schlechteren sozialen Lebenssituation war eine höhere Häufigkeit von Sprachschwierigkeiten zu verzeichnen. Die Ergebnisse sind vor dem Hintergrund zu diskutieren, dass Sprachprobleme ausschließlich anhand von Patientenakten erfasst wurden und Patienten nicht die Möglichkeiten erhielten, Sprachschwierigkeiten selbst einzuschätzen. Es wurden Sprachprobleme nicht definiert oder nach Kategorien, wie Wortverstehen, unterschieden. Weiterhin besteht durch die nicht einheitliche Dokumentation die Vermutung, dass Patienten mit Sprachproblemen nicht vollständig erfasst wurden (Haasen et al., 1999).

Weitere Inhalte über die Relevanz von Verständigungsschwierigkeiten werden durch die Studie von Koch (2000; zitiert nach Koch, 2005, S. 167f) aufgezeigt. Psychiatrische Krankenhäuser wurden in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund befragt. Das Personal gab zu 75,0 % Schwierigkeiten in der verbalen Verständigung mit Patienten mit Migrationshintergrund an. Gemeinsame Entscheidungen im therapeutischen Prozess wurden hingegen von 38,0 % als erschwert betrachtet. Koch (2005) erklärt diesen niedrigen Anteil mit bewährten Routinestrategien im Behandlungsablauf. Durch Koch (2005) wurde eine Befragung von Ärzten durchgeführt, welche Patienten aus dem türkischen Kulturraum für eine Behandlung an die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd überwiesen. Seit Beginn der Befragung im Jahr 2001 wurden die Antworten der Ärzte über 273 Patienten erfasst. Bei den deutschen Ärzten gaben lediglich 20,0 % keine Verständigungsschwierigkeiten mit Patienten mit Migrationshintergrund an. Die Ärzte erlebten weniger Missverständnisse mit jüngeren Patienten, die in Deutschland aufgewachsen sind. Bei einem Viertel der Ärzte war die ambulante Betreuung der Migrantengruppe durch einen geringen sprachlichen Austausch gekennzeichnet. Über die Hälfte der ambulanten Behandlungen (55,0 %) waren durch die erschwerte Kommunikation in ihren Therapieerfolgen eingeschränkt (Koch, 2005).

Die in verschiedenen psychiatrischen Krankenhäusern durchgeführte Studie von Koch et al. (2008) beinhaltet Ergebnisse über die Kommunikationssituation mit Patienten mit Migrationshintergrund. Die Mitarbeiter nannten in einer Häufigkeit von 27,9 % sprachliche Kommunikationsschwierigkeiten im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Menschen mit Migrationshintergrund. Kulturgebundene Missverständnisse wurden mit einem Anteil von 37,7 % angegeben. Insgesamt erlebte 45,5 % des Personals sprachliche und kulturelle Verständigungsschwierigkeiten mit Patienten.

Die Charité Berlin untersuchte im Jahr 2004 im Rahmen einer Studie die Sicht von 38 psychiatrisch tätigen Angestellten über ihre Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund. Die Hälfte der Mitarbeiter bewerteten Kommunikationsprobleme als kennzeichnend für die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund. 42,1 % der Befragten führten Verständigungsschwierigkeiten auf die Sprache zurück. Kulturbedingte Missverständnisse wurden mit einer Häufigkeit von 2,6 % erwähnt. 18,4 % der Mitarbeiter fühlten sich in der Lage, Kommunikationsbarrieren lösen zu können. Als Ursache für dieses Antwortverhalten wird eine geringe Anpassungsfähigkeit in dem Denken und Verhalten des therapeutischen Personals gesehen (Wohlfahrt, Hodzic & Özbek, 2006).

Jeschke und Hillenbrand (2011) veröffentlichten eine Studie, in der Unterschiede in den Sichtweisen von Therapeuten mit Migrationshintergrund und Therapeuten ohne Migrationshintergrund erkenntlich wurden. 71,0 % der Therapeuten mit Migrationshintergrund bewerteten die Sprachkenntnisse ihrer Patienten als ausreichend. Diese Therapeutengruppe forderte zu 15,0 % die Einbeziehung eines Sprachmittlers in die Therapie. Jedoch entsprachen für 92,0 % der Psychotherapeuten ohne Migrationshintergrund die Sprachkenntnisse ihrer Patienten den Erfordernissen, wobei 3,0 % der Befragten einen Dolmetscher als notwendig betrachteten. Es ist nicht geklärt, ob die Ergebnisse aufgrund der Zusammensetzung der Patienten oder durch die Einschätzung der Therapeuten beeinflusst wurden (Jeschke & Hillenbrand, 2011)

In der Studie von Yilmaz-Aslan et al. (2013) wurden die Sichtweisen von Gesundheitsmediatoren einbezogen, welche einen Migrationshintergrund hatten und die Arzt- und Patientenperspektive einnehmen konnten. Nach der Sicht der Befragten waren Patienten mit geringen Sprachkenntnissen eingeschränkt, Informationsveranstaltungen in Anspruch nehmen zu können oder Hinweise zur Medikamenteneinnahme zu verstehen. Die Gesundheitsmediatoren berichteten, dass Patienten Sprachprobleme gelegentlich nicht offen zeigten und diese daher bei den Ärzten nicht sichtbar wurden. Patienten vertraten mitunter die Haltung, dass der Bedarf eines Dolmetschers bei dem Behandelnden einen negativen Eindruck bewirken könnte.

Weitere Inhalte zur Wahrnehmung von Kommunikationsschwierigkeiten liefert die Untersuchung von Kahraman (2007). Jeweils zwölf Patienten, welche aus dem türkischen Kulturraum stammten, und Therapeuten wurden mithilfe von halbstrukturierten Leitfadenterviews befragt. In sieben von acht deutschsprachigen Therapien waren Verständigungsprobleme präsent, wobei die Aufenthaltsdauer der Patienten in Deutschland nicht beeinflussend war. Eine fehlende institutionelle Unterstützung der Therapeuten wurde betont, wodurch die Überforderung der Therapeuten verstärkt wurde. Welche Ausmaße eine fehlende Verständigung zwischen Therapeut und Patient annehmen kann, zeigt die Schilderung einer Patientin. „Bei der Befragung erklärt sie, dass sie *ihre Therapeutin als sehr feinfühlig und kompetent einschätzt, jedoch Therapiesitzungen nur aus Gefälligkeit und nicht wegen der erhaltenen Hilfe ‚aussitze‘, da sie wenig verstehe und könne sich selbst kaum mitteilen könne*“ (Kahraman, 2007, S. 27).

Im Miteinander zwischen Therapeuten und Patienten kann aufgrund von sprachlichen und kulturellen Gegebenheiten die Problematik des *Einverständnis ins Missverständnis* entstehen. Dies bezieht sich auf die Situation, wenn der Arzt bspw. Medikamente verschreibt

und beide Seiten von der Unwirksamkeit dieser Behandlungsmaßnahme ausgehen. Dies bleibt jedoch unausgesprochen, weil Arzt und Patient davon ausgehen, dass der jeweils andere den eigentlichen Zusammenhang nicht verstehen könne (Brucks & Wahl, 2003; Eberding, 2004).

Zu thematisieren ist, auf welche Weise das therapeutische Personal mit Kommunikationsschwierigkeiten umgeht. Die Möglichkeit besteht, dass Therapeuten durch eine bestimmte Kommunikationsweise versuchen, ein besseres Verstehen bei ihren Patienten zu erreichen. Daher sprechen sie lauter, obwohl dies nicht für ein erleichtertes Verstehen notwendig ist. Weiterhin betonen Therapeuten ihre Sätze stärker, sprechen langsamer und wiederholen häufiger. Die kurze Nachfrage durch den Therapeuten, ob alles verstanden sei, nehmen Patienten z. T. als *Befehlssprache* wahr, im Sinne eines Verstehen-Sollens. Patienten fühlen sich durch die veränderte Kommunikation der Therapeuten weniger gleichberechtigt (Zimmermann, 2000). Die Situationen entstanden, dass Menschen mit Migrationshintergrund von den Therapeuten teilweise auf kindlichem Niveau angesprochen wurden (Eberding, 2004). Im Rahmen der Untersuchung entstand für Gün (2007a) der Eindruck, dass Patienten mit Migrationshintergrund ohne entsprechende sprachliche Voraussetzungen durch die Therapeuten nicht aufgenommen werden. „Die Behandlung der Migranten mit mangelnden Deutschkenntnissen sei für Therapeuten *‚schwierig, zum Teil auch nervig, wenn man immer wieder eine Frage formulieren muss, bis sie ankommt‘*“ (S.156).

Wiederholt wird in der Literatur eine Korrelation zwischen Sprachschwierigkeiten und psychischen Erkrankungen erwähnt. Die Studie von Haasen et al. (1999) führte zum Ergebnis, dass psychotische Symptome mit 71,4 % signifikant häufiger bei Migranten mit Sprachproblemen auftraten (54,7 % derjenigen ohne Sprachprobleme). Weiterhin wurden bei Patienten mit Sprachschwierigkeiten etwa doppelt so häufig Aggressivität (30,2 % im Vergleich zu 13,9 % Migranten ohne Sprachprobleme), Somatisierung (15,4 % im Vergleich zu 8,8 %) und manische Symptome (8,8 % im Vergleich zu 3,4 %) erfasst. Die Autoren führten diese Resultate u. a. auf Fehldiagnosen zurück. Beispielsweise wiesen 52,1 % der Patienten mit Sprachproblemen Depressivität auf. Jedoch erhielten lediglich 15,0 % dieser Patienten die Diagnose einer affektiven Störung. Fehldiagnosen entstehen einerseits durch sprachliches und kulturelles Missverstehen des Patienten. Weiterhin können verschiedene kulturbedingte Konzepte zur unterschiedlichen Einschätzung der Symptome und Zuordnung zur Schizophrenie führen (Haasen et al., 1999; Yildrim-Fahlbusch 2003a). Es ist von einem erhöhten Risiko an Fehldiagnosen und unnötigen Therapien auszugehen, wenn Therapeuten und Patienten nicht dieselbe Muttersprache aufweisen und unterschiedlichen Kulturen entstammen (Kirkcaldy et al., 2006; Yildram-Fahlbusch, 2003a). Rezapour und Zapp (2011)

nennen exemplarisch die Situation, wenn sich ein Patient aufgrund des hohen Ansehens von Therapeuten in seinem Herkunftsland sehr zurückgezogen verhält und der westliche Therapeut diesen als depressiv einschätzt.

Die Studien zeigten mehrheitlich auf, dass Verständigungsprobleme in der Therapie von Menschen mit Migrationshintergrund in einer großen Häufigkeit auftreten und das Miteinander maßgeblich beeinflussen (DGPPN, 2013).

4.5 Schwierigkeiten für eine angemessene Therapie

Das Thema dieses Abschnitts sind Faktoren, die zu einer geringen Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund führen. Anhand von diesen persönlichen und institutionellen Hemmbarrieren wird vertiefend aufgezeigt, wodurch die Begegnung zwischen Migranten und Therapeuten weiter belastet sein kann.

Geringe Deutschkenntnisse können für Menschen mit Migrationshintergrund zu einer Hemmschwelle führen, Psychotherapie bei einem deutschen Therapeuten in Anspruch zu nehmen (Kirkcaldy et al., 2006). Sie befürchten, sich in der Behandlung nicht angemessen ausdrücken zu können (Erim, 2009; Razum et al., 2004). Darüber hinaus gestaltet sich für Patienten die Kontaktaufnahme zu den Einrichtungen und der Vertrauensaufbau innerhalb der Therapie schwieriger (Gün, 2012). Die Situation wird durch die fehlende Bereitstellung von Dolmetschern durch die Krankenkassen verstärkt (Walter & Adam, 2008).

Als Folge von verminderten Sprachkenntnissen und der unzureichenden Berücksichtigung von Migranten im Gesundheitssystem ist ihr geringer Informationsstand über Versorgungsangebote zu nennen (Schouker-Ocak, 2003). In Deutschland stellt sich die Situation dar, dass kaum psychotherapeutische Leistungen in anderen Sprachen oder visuelle Hilfen zur Verfügung stehen (Razum et al., 2004; Yildirim-Fahlbusch 2003a). Die BZgA (2011) und Kizilhan (2011b) kritisieren, dass Informationen über Gesundheitsleistungen für Patienten häufig nicht in verständlicher Weise formuliert sind und sie nicht entsprechend über Angebote aufgeklärt werden. Die Problemlage wird dadurch verstärkt, dass Menschen aus anderen Ländern sich nur schwierig im komplexen, deutschen Gesundheitssystem zurechtfinden (BZgA, 2011).

Als weiterer Aspekt können emotionale Faktoren der Patienten zur verringerten psychotherapeutischen Inanspruchnahme führen. Es besteht unter Umständen für Menschen mit Migrationshintergrund – neben generellen Unsicherheiten in Bezug auf den Aufenthaltsstatus – die Befürchtung, durch die Behandlung den Arbeitsplatz zu verlieren (BZgA, 2011; Razum et al., 2004). Weiterhin wird von Schouler-Ocak (2003), Domenig (2003) und DGPPN (2013) eine Barriere in einer verminderten Wertschätzung der Therapeuten gegenüber Patienten mit Migrationshintergrund gesehen. Nach Gün (2007a) erleben Patienten mitunter keine entsprechende Akzeptanz durch das Personal. Als weiteren Aspekt für eine vertrauensvolle Patient-Therapeut-Beziehung erwähnt Molinari (1995) die Art der Einweisung der Patienten in die Einrichtung. Besonders Zwangseinweisungen wirken sich einschneidend auf das Selbstwertgefühl aus. Eine ablehnende Haltung der Patienten gegenüber der Therapie und die einschüchternde Autorität des Personals werden hierdurch verstärkt.

Die Bereitschaft, sich in Therapie zu begeben, basiert auf Vertrauen gegenüber dem Therapeuten und der Einrichtung. Nach Wittig et al. (2004) ist ein Misstrauen der Patienten umso höher, je geringer Menschen mit Migrationshintergrund das jeweilige Gesundheitssystem verstehen. Besonders bei Arbeitsmigranten der ersten Generation ist es möglich, dass sie aufgrund eines niedrigen Wissenstandes über psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten Zweifel entwickeln, nicht zuletzt da sie psychotherapeutische Verfahren aus ihren Heimatländern weniger kennen (Machleidt et al., 2007; Molinari, 1995). Auf der einen Seite herrscht eine große Akzeptanz der Patienten gegenüber dem weit entwickelten westlichen Gesundheitssystem. Andererseits ergeben sich Zweifel aufgrund der naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Therapie (Domenig, 2003). Aus diesem Grund kann „sich Angst vor Entfremdung, Entmündigung oder Zerstörung des Lebensplans mit entsprechenden Widerstandsressourcen ausbreiten“ (Lanfranchi, Radice von Wogau & Eimmermacher et al., 2004, S. 108). Die Konsequenz ist, dass psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund traditionelle Heiler aufsuchen oder sich später im Heimatland in Therapie begeben (Kousse mou, 2007).

Wie in der vorliegenden Arbeit erläutert wird, nehmen kulturspezifische Aspekte eine Bedeutung in den Krankheitskonzepten und den Erwartungshaltungen von Therapeuten und Patienten ein. Die Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen wird daher nicht nur durch die Verfügbarkeit eines Therapeuten derselben Kultur, sondern auch durch eigene kulturelle und religiöse Vorstellungen einer psychischen Erkrankung bestimmt (DGPPN, 2013; Kirkcaldy et al., 2006). Koën (2009) hingegen geht nicht von einer veränderten Inanspruchnahme von westlichen Gesundheitsangeboten aufgrund kulturspezifischer

Sichtweisen bei den Patienten aus. „Die verschiedenen Krankheitskonzepte und Erklärungsmodelle konkurrieren nämlich nicht mit denen der westlichen Medizin, sind viel eher ineinander verflochten“ (Koën, 2009, S. 270).

Hinzukommend zeigen Menschen aus verschiedenen Kulturen ein unterschiedliches Hilfesuchverhalten. In der Studie von Wittig et al. (2004) nahmen 54,9 % der befragten Spätaussiedler im Erkrankungsfall Unterstützung durch ihre Familie in Anspruch, wobei lediglich 42,7 % der deutschen Patienten diese Hilfe einforderten. Ein weiterer signifikanter Unterschied zeigte sich in der Unterstützung durch Freunde und Bekannte, die sich 41,8 % der Spätaussiedler annahmen und nur 33,3 % der deutschen Patienten. Im Gegenzug nahmen 65,5 % der deutschen Patienten die Behandlung eines Facharztes in Anspruch und 45,0 % der Spätaussiedler.

Schouler-Ocak (2003), Gün (2012) und Yilmaz-Aslan et al. (2013) nehmen an, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund erst bei einem fortgeschrittenen Krankheitsbild für eine Behandlung in der Ankunftsgesellschaft bereit erklären. Die verspätete Inanspruchnahme, die mangelhafte bedarfsgerechte Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund und die verzögerte Überweisung aus der somatischen Medizin in die psychotherapeutische Versorgung bewirken Folgendes: Das Risiko einer Chronifizierung der Symptome, die Gefahr von Zwangseinweisungen und häufigere Behandlungen durch Notfallambulanzen wird verstärkt (Borde et al., 2003; Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007; Koch, 2005). Beispielsweise führen Haasen et al. (1999) die erhöhte Zwangseinweisung von Menschen mit Migrationshintergrund konkret auf den Umstand zurück, dass sie aufgrund von Sprachschwierigkeiten eine Barriere im Zugang zur Therapie erleben. Nach Borde et al. (2003) sind Notfallambulanzen besser zu erreichen, besonders wenn keine Versorgung durch einen Hausarzt gegeben ist.

Das deutsche Gesundheitssystem schränkt die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ein (Gün, 2012; Lanfranchi et al., 2004; Walter & Adam, 2008), weil migrations- und kulturspezifische Bedürfnisse der Patienten nicht ausreichend Beachtung finden. Beispielsweise setzen sich Teams nur homogen aus einheimischem Personal zusammen (Bär, 2011; Kousse mou, 2007; Yilmaz-Aslan et al., 2013). Die Angebote, wie u. a. geschlechtlich nicht getrennte Bewegungstherapien, entsprechen z. B. nicht den Vorstellungen von Patienten des muslimischen Glaubens. Weiterhin lassen sich die Hinweise von westlichen Therapeuten gelegentlich für Patienten anderer Glaubensrichtungen nur eingeschränkt umsetzen (Yilmaz-Aslan et al., 2013).

Zu den strukturellen Bedingungen zählt ebenso die personelle Besetzung, welche die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund erschweren kann. In der vorliegenden Arbeit wurde aufgezeigt, dass einheimische Therapeuten der Behandlung von Menschen anderer Herkunft mitunter misstrauisch gegenüber stehen. Zum Beispiel wurden Patienten mit Migrationshintergrund trotz gleicher Diagnosen von den Behandelnden seltener auf eine mögliche ambulante Psychotherapie aufmerksam gemacht (Köpp, Röhner, & Trebbin, 1993). In diesem Zusammenhang sind Stereotype und Vorurteile zu erwähnen, die auf beiden Seiten existieren können. Stereotype und Vorurteile ist gemeinsam, dass „nicht die individuellen Merkmale von Personen, sondern ihre Zugehörigkeiten zu sozialen Gruppen im Vordergrund stehen“ (Sieben & Straub, 2011b, S. 68). Besonders in komplexen Situationen, die von Verunsicherung und Überforderung geprägt sind, scheinen sich Menschen eher in ihrem Denken von ihnen beeinflussen zu lassen (Molzichler, 2005; Wohlfahrt & Kluge, 2007).

Weitere Faktoren können das Aufsuchen der Therapie für die Patienten schwieriger gestalten (Behrens & Callies, 2008). Als erschwerenden Faktor für die Inanspruchnahme der Behandlung ist eine niedrige Schichtzugehörigkeit zu nennen, welche mit finanziellen Unsicherheiten einhergeht (Schouler-Ocak, 2003). Besonders Menschen mit Migrationshintergrund nehmen in Deutschland einen größeren Anteil in einer niedrigen Gesellschaftsschicht ein (Haasen, 2000). Brucks (1987) betont, dass für einen Therapieerfolg die Schichtzugehörigkeit von größerer Relevanz ist als sprach- oder kulturbedingte Aspekte.

In diesem Abschnitt wurde deutlich, dass Menschen mit Migrationshintergrund trotz ihres Anspruchs keinen gleichberechtigten Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung wie einheimische Patienten erfahren (DGPPN, 2013; Lanfranchi et al., 2004; Yilmaz et al., 2013). Im Falle einer Behandlung können sie nicht im gleichen Maße von der Psychotherapie profitieren (Rezapour & Zapp, 2011). Dies ist auf die verschiedenen Faktoren auf Seiten der Patienten, Therapeuten und die Bedingungen des Gesundheitssystems zurückzuführen (Lindert et al., 2008; Walter & Adam, 2008).

Ausgehend von den verschiedenen kultur-, migrations- und persönlichen Vorstellungen über die Entstehung, Behandlung und den Umgang mit psychischen Erkrankungen stellt sich die Frage, ob eine westliche Psychotherapie als Behandlungsform für Menschen mit Migrationshintergrund in jedem Fall angemessen ist. Psychisch erkrankte Menschen einer anderen kulturellen Herkunft nehmen Unterstützung z. T. auf eine andere Weise in Anspruch (Kirkcaldy et al., 2006). In diesem Zusammenhang ist die geringe Inanspruchnahme durch

Menschen mit Migrationshintergrund von Psychotherapie zu relativieren. Die in der Literatur verbreitete Meinung von Professionellen ist dahingehend zu erweitern, dass Psychotherapie nicht immer die günstigste Behandlungsform für psychisch erkrankte Migranten ist und andere Unterstützungsstrukturen zu akzeptieren sind (Rezapour & Zapp, 2011). Eine Ablehnung der Behandlung durch Menschen mit Migrationshintergrund wird häufig als mangelnde Bereitschaft formuliert. Jedoch kann die Ursache in einer geringen Berücksichtigung der Lebenssituation und Krankheitskonzepte von den Patienten durch die Therapeuten liegen (Kobelt, Göbber & Petermann, 2011).

4.6 Bewertung von kulturellen Differenzen

In der Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund werden Schwierigkeiten im Miteinander vordergründig mit kulturellen Unterschieden begründet (Penka et al., 2012). In diesem Abschnitt wird zunächst thematisiert, wie die Sichtweise, zwischen der eigenen und fremden Kultur trennen zu können, vertreten wird. Im weiteren Verlauf geht es um den Umgang von Therapeuten mit kultureller Verschiedenheit.

Es zeigt sich die Tendenz, dass kulturelle und ethnische Unterschiede in der Therapie von Menschen mit Migrationshintergrund durch Therapeuten als Ursache von Missverständnissen überbewertet werden (Eimmermacher, Lanfranchi & Radice von Wogau, 2004). Diese Denkweise führt zur verminderten Wahrnehmung des Individuums mit seiner Biographie und seinen persönlichen Leistungen (Oberzaucher-Tölke, 2014). In der Behandlung können daher wesentliche Aspekte, die im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen, übersehen werden. Weiterhin wird die Möglichkeit der *Selbstkulturalisierung* aufgeworfen. Dies sagt aus, dass Patienten ihre Schwierigkeiten ebenso verstärkt in ihrer kulturellen Herkunft sehen (Kalpaka, 2004).

Weiterhin wurde eine Überbetonung der sprachlichen Unterschiede festgestellt (Schouler-Ocak et al., 2010). Geringe Deutschkenntnisse des Patienten werden für Kommunikationsschwierigkeiten und somit für das Scheitern der Behandlungen verantwortlich gemacht. Generell werden Menschen mit Migrationshintergrund häufig mit mangelhaften Kenntnissen der einheimischen Sprache assoziiert. Meist dient die sprachliche Ausdrucksfähigkeit als Kriterium für den Grad, in dem Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesellschaft integriert sind. Aus diesen Inhalten ergibt sich, dass ihnen die Verantwortung für das Erlernen der neuen Sprache und für ihre Integration in die neue Gesellschaft zugeschrieben

wird. Es wird vernachlässigt, dass es von zahlreichen Bedingungen, wie bspw. der Aufnahmekultur der neuen Gesellschaft, abhängig ist (Domenig, 2003).

Zu thematisieren ist, wie die in der Literatur ersichtlichen Vorstellungen über das *Eigene* und *Fremde* entstehen und welche Konsequenzen diese für das Miteinander bewirken (Özsel, 1994). Als Grundlage für die Haltung, zwischen *Uns* und den *Anderen* unterscheiden zu können, dient das statische Kulturverständnis. Dieses ist nach wie vor bei Psychotherapeuten zu finden (Domenig, 2003). Obwohl Personen seit Jahrzehnten nach Deutschland migrieren, werden Menschen mit Migrationshintergrund von der deutschen Gesellschaft tendenziell als *Fremde* wahrgenommen (Borde et al., 2003). Der Kontakt mit dem Fremden scheint Angst, Verunsicherung, Irritationen oder auch Widerstand auszulösen (Florentina, 2011; Leenen et al., 2008; Thomas, 2003a). Dies kann dadurch geschehen, dass das Verhalten des Gegenübers schwieriger vorhersehbar oder erklärbar ist (Florentina, 2011). Das Fremdheitsgefühl verändert sich mit der Zeit, wenn zunehmend Vertrauen entwickelt werden kann (Machleidt & Heinz, 2011).

Exemplarisch für die Wahrnehmung von Fremdheit ist die Studie von Gerlach, Becker und Abholz (2008) über die Erfahrungen von deutschen Hausärzten. Hierfür wurden die Meinungsbilder von 30 Ärzten in Form einer Gruppendiskussion erfasst. Die Teilnehmer thematisierten eindeutig, dass sie den Patienten mit Migrationshintergrund als *Anderen* wahrnehmen. „Den meisten Hausärzten schien klar zu sein, wer ‚der Andere‘, ‚der Fremde‘ ist, wer ‚fremdartig aussieht‘, ohne dies jedoch genauer beschreiben zu können“ (S. 431). Ein Teilnehmer äußert: „*Man registriert es mal, da ist jemand anders, egal, aus welcher anderen Nationalität der jetzt kommt*“ (S. 431). Nahezu alle Teilnehmer sahen klare Grenzen zwischen den eigenen Konzepten und denen ihrer Patienten, die vermeintlich nicht die geringsten Gemeinsamkeiten aufweisen würden.

Es wird die Andersartigkeit von Menschen anderer Kulturen häufig im Vergleich zur eigenen Gesellschaft aufgezeigt (Borde, 2007; Mecheril, 2008a). Kultur dient als Kategorie, um Menschen nach ihrer Sprache, Herkunft und weiteren Merkmalen unterscheiden zu können (Kalpaka, 2004). Für Oberzaucher-Tölke (2014) steht dies mit einem rassistischen Denkansatz in Verbindung, weil die Einteilung nach *Eigenem* und *Fremden* bzw. *Zugehörigkeit* und *Nicht-Zugehörigkeit* aus einem Machtverhältnis heraus geschieht. Stereotypisierende Konstruktionen, wie *der türkische Patient*, entwickeln sich. Aus einer Machtposition heraus werden Patienten anderer Kulturen als *Migranten* den Patienten der *Mehrheitsbevölkerung* gegenübergestellt, anstatt sie als Patienten mit ihren individuellen Schwierigkeiten und Ressourcen zu sehen. Den beiden Personengruppen werden jeweils

traditionelle und moderne Kulturen zugeschrieben, welche mit zeitgemäß und nicht-zeitgemäß gleichgesetzt werden können (Oberzaucher-Tölke, 2014). In Abhängigkeit von der kulturellen Differenz „werden die ‚Angehörigen fremder Kulturen‘ bis heute als integrationsfähige, nützliche Mitarbeiter oder aber als nicht-integrationsfähige Belastung klassifiziert“ (Kalpaka, 2004, S. 36). Dies kann Ungleichbehandlungen der Patienten zur Folge haben. Die Studie von Gerlach et al. (2008) verdeutlicht innerhalb der befragten deutschen Ärzte ein gemeinsam geteiltes Wissen über *Wir* und *Die Anderen*. Oberzaucher-Tölke (2014) merkt an, dass diese Sichtweisen meist unreflektiert bleiben. Als Basis für diese Einstellung gilt, dass Menschen anderer Gemeinschaften einheitliche, unveränderliche Merkmale zugeordnet werden (Pfitzner, 2006). Die Unterschiede von Menschen innerhalb einer Kultur werden jedoch kaum wahrgenommen, weshalb die Gruppen *Wir* und *die Anderen* als homogen betrachtet werden (Oberzaucher-Tölke, 2014). Der häufig verwendete Begriff *kultureller Unterschied* zeigt auf, dass „Therapeuten und Patienten nicht Aspekte ihrer Verschiedenheit und Gemeinsamkeit sehen, die sie sehen könnten“ (Gün, 2012, S. 29).

Die Haltung ist präsent, dass die Werte- und Normensysteme der verschiedenen Kulturen gegensätzlich und nicht miteinander vereinbar seien (Oberzaucher-Tölke, 2014; Sieben & Straub, 2011a). Die Sicht, dass andere Kulturen mit der deutschen nicht in Einklang zu bringen sind, wird von Kalpaka (2004) als „neue Form [...] des Rassismus“ (S. 36) gesehen. Es existiert die Meinung, dass Menschen einer Gemeinschaft aufgrund ihrer Kultur nicht anders handeln können und Kultur sozusagen als gegebene Eigenschaft gilt. Differenzen zwischen den Menschen werden als naturbedingte Tatsachen gesehen und ein Miteinander sei kaum möglich (Kalpaka, 2004; Oberzaucher-Tölke, 2014). Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund wird durch westliche Psychotherapeuten häufig konfliktreicher angesehen (Molzichler, 2005; Oberzaucher-Tölke, 2014). Therapeuten „sehen [sich] in den bestehenden Settings und Räumen ‚fremden Patienten‘ gegenüber“ (Wohlfahrt et al., 2006, S. 146). Aus der Sicht von Kahraman (2007) entsteht in transkulturellen Begegnungen auf beiden Seiten zwangsläufig ein Gefühl von Vergleich und Konkurrenz. Wie dargestellt, unterstellen Patienten mit Migrationshintergrund den Therapeuten Distanzierung und umgekehrt Therapeuten den Patienten Unselbstständigkeit sowie familiäre Abhängigkeit (Kahraman, 2007). Ressourcen werden in der Psychotherapie mit Menschen anderer Kulturen meist nicht wahrgenommen (Borde, 2007).

Aufgrund der besonderen Stellung von Menschen mit Migrationshintergrund, als den *anderen Patienten*, werden spezifische Behandlungsangebote und Sonderkompetenzen auf Seiten der Behandelnden als notwendig erachtet (Hegemann, 2010; Mecheril, 2008a; Oberzaucher-Tölke, 2014). Demnach bietet die Unterscheidung zwischen dem *Wir* und *den*

Fremden die Basis für eine bestimmte transkulturelle Psychotherapie, in deren Rahmen sich bereits verschiedene Konzepte entwickelten (Oberzaucher-Tölke, 2014). Jedoch sind „Migranten (...) nicht radikal Andere, die sobald mit ihnen (...) gearbeitet wird, besondere (...) Methoden, Kompetenzen und Konzepte auf Seiten professioneller Nicht-Migranten erforderlich machten“ (Mecheril, 2008a, S. 81).

Allerdings sehen einige Psychotherapeuten das Ziel in einer Gleichbehandlung ihrer Patienten. Dies setzt die Vorstellung der Therapeuten voraus, dass eine gleiche Therapie unterschiedlicher Menschen möglich ist. Als Ausgangspunkt für die Behandlung wird die Diagnose verwendet, wobei kulturelle oder persönliche Besonderheiten des Patienten unberücksichtigt bleiben (Rezapour & Zapp, 2011). In der Studie von Gün (2007b) formulierte ein Psychotherapeut seine Sicht auf folgende Weise. „Ich denke schon, dass ich unabhängig von der Herkunft aufgrund einer gestellten Diagnose dieselben Behandlungsstrategien verfolge, es ist völlig egal, ob das jetzt ein deutscher Patient oder ein ausländischer Patient ist“ (S. 136). Dies liegt dem Gedanken zugrunde, jeden Menschen auf eine gerechte Weise zu begegnen und unabhängig von Vorurteilen handeln zu können.

Patienten mit Migrationshintergrund schätzen diese Haltung jedoch als eine ungleiche und ungerechte Behandlung ein, weil Unterschiede nicht beachtet, sondern verleugnet werden. Ein Patient äußerte: „Bei mir war das Problem halt die kulturelle und diese Herkunft (...), also meine Vorgeschichte hatte eine große Rolle gespielt, dass ich mich da teilweise nicht verstanden gefühlt hab“ (Gün, 2007b, S. 137). Sozusagen kann von einer *Gleichmacherei* gesprochen werden, bei der jegliche Differenzen ausgeblendet werden (Gün, 2007b; Oberzaucher-Tölke, 2014). Die Hervorhebung von Gemeinsamkeiten kann sich auf das gesellschaftliche Miteinander positiv auswirken. Jedoch wäre therapeutisch ein Nichtakzeptieren der Andersartigkeit der verschiedenen Patienten und ihrer Kulturen unverantwortlich (Özelsel, 1994). Ein Grund für diese Sichtweise kann die Befürchtung der Therapeuten sein, Menschen mit Migrationshintergrund auf eine schlechtere Art im Gegensatz zu einheimischen Patienten zu behandeln. Die Forderung der Patienten nach einer angemessenen Beachtung der kulturellen Unterschiede wird darauf zurückgeführt, dass sie sich mit den eigentlichen Schwierigkeiten nicht befassen möchten (Gün, 2007b).

Für die Begegnung mit Menschen aus anderen Kulturen ist es für Therapeuten relevant, ihren Umgang mit kulturellen Unterschieden zu hinterfragen und sich von einer Überbewertung der eigenen Kultur lösen zu können. Der einheimische Therapeut bleibt trotz bewusster Auseinandersetzung mit dieser Thematik Mitglied der Mehrheitsgesellschaft. Daher ist das Bewusstsein über die eigene Machtposition gegenüber Menschen anderer

Herkunft bedeutsam (Oberzaucher-Tölke, 2014). Das Bemühen, einen angemessenen Umgang mit kulturellen Differenzen zu finden, setzt zwangsläufig die Annahme voraus, dass Unterschiede zwischen den Kulturen vorhanden sind und nicht in Frage gestellt werden (Mecheril, 2008a). Hamburger (2012) betont, dass die Ablehnung von Begriffen wie Fremdheit oder kulturelle Differenzen nicht angestrebt werden sollte, sondern ein bewusster Umgang mit diesen zu erzielen ist. Ansonsten können nach der Meinung von Gün (2012) kulturelle Unterschiede in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund vernachlässigt werden. Der Satz „die anderen sind alle gleich, wir sind alle individuell“ (Kahraman, 2012, S. 5) veranschaulicht die zugrunde liegende Meinung. Tatsache ist, dass zwischenmenschliche Unterschiede durch zahlreiche Faktoren entstehen. Dazu zählen bspw. Geschlecht, Alter, Persönlichkeit, Bildung, Religion, politische Interessen oder auch das allgemeine menschliche Verhalten und Erleben (DGPPN, 2013; Pfitzner, 2006). Es wäre dennoch unzutreffend, Kultur keine Bedeutung zuzuschreiben. „Gerade weil sie – als Gesamtheit des Wissens – alles, was wir tun, denken und sprechen, beeinflusst, ist die Reflexion auf die Befangenheit in ihr (...) von großer Bedeutung“ (Hamburger, 2012, S. 142). Für das transkulturelle Arbeiten ist es erforderlich, den Menschen vor dem Hintergrund seiner Herkunft als individuelle Person wahrzunehmen und Unterschiede wie Gemeinsamkeiten aufmerksam wahrzunehmen (Kalpaka, 2004; Penka et al., 2012).

5 Ansätze für eine migrations- und kultursensible Psychotherapie

In diesem Kapitel wird ausgehend von den Inhalten über Schwierigkeiten diskutiert, wie die therapeutische Haltung für eine gelungene Behandlung gestaltet sein sollte. Es werden die Möglichkeiten auf struktureller Ebene die Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund zu verändern, lediglich kurz erwähnt. Der Begriff *migrations- und kultursensibel* wurde gegenüber der Bezeichnung *kulturspezifisch* bevorzugt. *Kultursensibilität* betont einerseits die Einbeziehung von Kultur, rückt diese im Miteinander jedoch nicht zu sehr in den Fokus, geschweige denn vernachlässigt sie gänzlich. Der Patient wird neben diesen Faktoren als Persönlichkeit ganzheitlich betrachtet (Yilmaz, 2006). *Kulturspezifität* würde impliziert eine zu große Ausrichtung an der kulturellen Differenz des Gegenübers beinhalten.

Eine kultursensible Grundhaltung des Psychotherapeuten ist durch nachstehende Charakteristika geprägt. Diese beinhaltet Achtung, Wertschätzung und Respekt des Therapeuten vor dem Werte- und Normensystem und den Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit des Patienten. Das persönliche Orientierungssystem des Patienten ist als eine Möglichkeit einer großen Vielfalt zu verstehen, wobei nicht zwischen richtig oder falsch zu unterscheiden ist (Kahraman, 2007; Thomas, 2003a). Dies setzt eine unvoreingenommene Wahrnehmung der Lebensrealität des Patienten voraus und kann zur Situation führen, dass Therapeuten Perspektiven des Patienten in das eigene Bezugssystem aufnehmen (Erim, 2009; Wulff, 1990). Im Gegensatz zu *Achtung* vermittelt *Toleranz* weiterhin das Bewusstsein von Hierarchie, weshalb Toleranz nicht als Basis für eine Therapeut-Patient-Beziehung gesehen werden sollte (Kimmerle, 2014; Yilmaz, 2006). Die Haltung des Psychotherapeuten beinhaltet, den Patienten mit Offenheit und Geduld zu begegnen (DGPPN, 2013). Patienten mit Migrationshintergrund lösen bei einem kompetenten Therapeuten nicht ein Gefühl von Fremdheit, sondern eines von Interesse, Motivation und Neugier aus (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007).

Für eine gewinnbringende Therapie sollten sich Psychotherapeuten empathisch in den Patienten hineinversetzen können (Gün, 2007b; Hamburger, 2012). Weiterhin verlangt die Situation ein hohes Maß an Flexibilität in Bezug auf die Gestaltung der Therapie (Hamburger, 2012; Machleidt & Callies, 2008). Hervorgehoben wird die Fähigkeit des Therapeuten, das eigene Orientierungssystem, Krankheitskonzepte und Verhaltensweisen stets kritisch zu hinterfragen (Gün, 2007b; Leweke et al., 2007). Das Überprüfen persönlicher Stereotype, Vorurteile und die Beschäftigung mit eigener Fremdheit ist für eine angemessene Beziehungsgestaltung notwendig (Eberding, 2004; Gün, 2007b). Das Risiko

reduziert sich, eigene Konzepte als Selbstverständlichkeiten anzusehen (Wulff, 1990). Kulturbedingte Konflikte können durch eine gute Selbstreflexion von Therapeuten und Patienten eher gelöst werden (Peters et al., 2014). Des Weiteren sieht Körtner (2009) als Voraussetzung für die Behandlung von Patienten anderer Glaubensrichtungen einen guten Zugang zur eigenen Religion.

In der transkulturellen Psychotherapie sind kultur-, migrations- und religionspezifische Faktoren, wie die Krankheitskonzepte und Behandlungserwartungen der Patienten, durch die Therapeuten einzubeziehen (Körtner, 2009; Machleidt & Callies, 2012). Diskussionen beziehen sich auf die Frage, inwieweit der Therapeut kulturspezifisches Wissen für eine bedarfsgerechte Behandlung von Patienten verinnerlicht haben sollte. Kenntnisse über kulturelle Besonderheiten des Gegenüber stärken die Kultursensibilität des Therapeuten, erleichtern das Verständnis desjenigen und können somit die Behandlung verbessern (Machleidt & Callies, 2012; Penka et al., 2012). Dem ist das Risiko gegenüber zu stellen, dass kulturspezifisches Wissen Missverständnisse verstärken und Therapeuten sich voreingenommen den Patienten nähern (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007). Auernheimer (2003), Machleidt und Callies (2012) betonen, dass das Wissen über kulturelle Besonderheiten Stereotypisierungen und eingeengte Sichtweisen begünstigen.

Für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund sollte der Psychotherapeut ein Bewusstsein für die besondere Lebenssituation derjenigen entwickeln. Wenn sich der Patient aufgrund seiner Migration in einer derzeitigen Krisensituation befindet, er von seinen Bezugspersonen getrennt ist oder Zukunftsängste erlebt, ist dies in der Behandlung zu beachten (Assion, 2004; Kizilhan, 2011a). Weiterhin sehen Machleidt, Koch, Callies, Schepker und Salman (2011) und Hamburger (2012) die Notwendigkeit von Wissen über bspw. Migrationsphasen, Akkulturation und migrationsspezifische Belastungen.

Derzeit entstehen auf struktureller Ebene zahlreiche Konzepte zur Gestaltung von Versorgungsangeboten, um Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen zu können. Zur *interkulturellen Öffnung* der Einrichtungen zählt der Ansatz, therapeutische Teams aus unterschiedlichen Kulturen bzw. mit Migrationserfahrung zusammenzusetzen. Machleidt et al. (2011) und Kizilhan (2011c) bewerten dies als gewinnbringend. Die Perspektive des Patienten mit Migrationshintergrund kann durch die Therapeuten eher eingenommen werden, der Patient wird nicht als *Anderer* wahrgenommen und es kann schneller eine gemeinsame, vertrauensvolle Arbeitsgrundlage geschaffen werden. Hamburger (2012) argumentiert mit dem Risiko, dass die jeweiligen Mitarbeiter ihre Erfahrungen verallgemeinern können und dadurch ein Verständnis selbst für Patienten aus

derselben Herkunft reduziert sein kann. Darüber hinaus ist laut Zane et al. (2004) die kulturelle Herkunft des Therapeuten weniger wichtig als die therapeutische Beziehung.

An dieser Stelle wird auf therapeutische Verhaltensweisen Bezug genommen, welche zum verbesserten Umgang mit Verständigungsproblemen beitragen können. In der Behandlung gilt ein ausreichendes Maß an Zeit und Geduld als Grundsatz (Eberding, 2004). Therapeuten sollten sich durch ihre Patienten irritieren lassen und dadurch den Ausgangspunkt zu legen, um Ungeklärtes thematisieren zu können (Polzius, 2011). Von Relevanz ist, dass Therapeuten ehrlich interessiert wiederholt nachfragen sollten, um das Gesagte des Patienten intensiv verstehen zu können. So können sich Missverständnisse von vornherein reduzieren (Flubacher, 2004; Kahraman, 2007). Es gilt, non- und paraverbale Aspekte des Patienten aufmerksam zu beachten und diese in die eigene Kommunikation einzubeziehen (Polzius, 2011). Wichtig erscheint, „die Feinheiten im sprachlichen Ausdruck, in der Mimik, in der Gestik zu kennen, um eine bessere Kommunikation erreichen zu können“ (Koën, 2009, S. 272). Als weitere Strategien zählen das genaue Hinhören und das deutliche, langsame und bildhafte Sprechen (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007; Kimmerle, 2014). Missverständnisse und Konflikte sind frühzeitig anzusprechen, um ein offenes, ehrliches Miteinander zu fördern (Walter & Adam, 2008). Für Patienten ist es hilfreich, sie über das Konzept, die Rahmenbedingungen, den Ablauf und weitere Aspekte der Therapie zu informieren. Hierzu können auch das eigene Verständnis über Krankheitskonzepte, der Rolle des Patienten und Aufgaben des Therapeuten gehören (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007).

Die Haltung wird vertreten, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine muttersprachliche Therapie zur Verfügung gestellt werden sollte (Eberding, 2004). In diesem Fall ist aufgrund der verbesserten Beziehungsgestaltung, reduzierten Missverständnissen und der Bedeutung der Muttersprache für den Patienten von einer gelungeneren Psychotherapie auszugehen (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007; Kluge & Kassim, 2006). Patienten fühlen sich mit ihrem Anliegen wertschätzender behandelt, wenn ihnen eine Therapie in ihrer Muttersprache angeboten wird (Kronenthaler et al., 2014).

Für allgemeine Aussagen über eine kultur-, migrations- und patientenorientierte Psychotherapie werden folgende Aspekte kritisch gesehen: Mitunter wird kritisiert, dass in der deutschen Versorgungslandschaft bislang nur wenige Angebote existieren, die auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet sind (Schouler-Ocak, 2003). Weiterhin wird gefordert, dass Konzepte von transkultureller Kompetenz stärker in die Ausbildung von therapeutischen Personal aufgenommen werden

(Razum et al., 2004). Im Gegensatz zu diesen Bestrebungen wird kulturspezifisches Wissen als fragwürdig und transkulturelle Kompetenz als kritisch zu sehende *Sonderkompetenz* bewertet (Koën, 2009; Steinhäuser et al., 2014). Transkulturelle Kompetenzen werden ausschließlich auf der Seite der Professionellen der Mehrheitsgesellschaft gesehen, wobei Nicht-Professionelle als inkompetent betrachtet werden (Mecheril, 2008b). Nicht reflektiert werden die unterschiedlichen Machtverhältnisse zwischen Therapeuten und Patienten (Steinhäuser et al., 2014).

Die bestehenden Konzepte der transkulturellen Kompetenz, die Machtunterschiede und die Überbewertung von Kultur kritisiert Mecheril (2008b) mit der Forderung nach *Kompetenzlosigkeitskompetenz* auf Seiten der Therapeuten. In diesem Zusammenhang wird transkulturelle Kompetenz als gewöhnliche Eigenschaft bezeichnet, welche die Basis jeder Therapie darstellen sollte (Mecheril, 2008b). Dies wird insofern von Hamburger (2012) aufgegriffen, dass es für die Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund besonders erstrebenswert ist „das Allgemeine besonders gut zu können“ (S. 160). Die genannten Kompetenzen der Psychotherapeuten beziehen sich v. a. auf therapeutische Grundfähigkeiten, wie Kommunikationsfähigkeit und die Möglichkeit zur Selbstreflexion. Lediglich die Bereiche der transkulturellen Erfahrungen und migrations- bzw. kulturspezifisches Wissen stehen in Abhängigkeit von der Patientengruppe (Hamburger, 2012). Empfehlungen beziehen sich auf eine Haltung des *Nicht-Wissens* der Therapeuten, mit welcher sie sich besser auf Unvorhersehbares einlassen können (Steinhäuser et al., 2014). Neben der Notwendigkeit einer besonderen Sensibilität entstehen für Psychotherapeuten ähnliche Anforderungen wie für die Behandlung von Patienten ohne Migrationshintergrund. Hierzu zählt z. B. der Aufbau einer tragfähigen Beziehung (Hamburger, 2012; Peters et al., 2014). Aus dem Grund wird eine mangelhafte psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund nicht auf fehlende transkulturelle Kompetenzen der Behandelnden zurückgeführt, sondern auf „einen Mangel an (allgemeinen) Kernkompetenzen“ (Steinhäuser et al., 2014, S. 9). Schlussfolgernd sind in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund mögliche Besonderheiten in ihrer Lebenssituation zu beachten. Psychotherapeuten sind gefordert, abhängig von den Anliegen der Patienten, die mitunter schwierigeren Lebensbedingungen stärker in den Blick zu nehmen (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007).

6 Fazit

In der vorliegenden Arbeit wird abgebildet, wodurch die Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund erschwert sein kann und welche Bedingungen die Schwierigkeiten reduzieren können. Mit Hilfe der verwendeten Studien wird untersucht, wie Psychotherapeuten und Patienten mit Migrationshintergrund jeweils das Miteinander einschätzen. Das Anliegen der Arbeit liegt darin, die Komplexität der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund zu skizzieren.

Im Ergebnis wird Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund durch einheimische Therapeuten als konfliktreich angesehen. Schwierigkeiten werden meist mit kulturellen Differenzen zwischen den Beteiligten und geringen Deutschkenntnissen der Patienten begründet. In der Haltung der Psychotherapeuten wird mitunter ein statisches Kulturverständnis deutlich, welches von unüberwindbaren Grenzen zwischen den Kulturen ausgeht und Gemeinsamkeiten zwischen diesen außer Acht lässt. Der Aspekt, dass sie die Behandlung problemorientiert wahrnehmen, wird durch die Überforderung der Therapeuten und einer fehlenden Unterstützung verstärkt. Die in den Studien einbezogenen Patienten mit Migrationshintergrund erleben die Begegnung mit deutschen Therapeuten bisweilen nicht als förderlich. Mehrere Faktoren tragen zur Problematik bei, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland besonders im Bereich der ambulanten Psychotherapie unterversorgt sind. Relevant, aber nicht zwangsläufig ausschlaggebend, scheinen der Migrationshintergrund und damit verbundene kulturspezifische Besonderheiten, wie Vorstellungen von psychischen Erkrankungen oder das Nutzen anderer Unterstützungssysteme, zu sein. Eine größere Bedeutung wird der Schichtzugehörigkeit der Patienten beigemessen, weil die soziale Schicht die Lebenssituation und den Gestaltungsfreiraum der Patienten maßgeblich beeinflusst. Generell erfahren Menschen mit Migrationshintergrund in der psychotherapeutischen Versorgung keine Gleichberechtigung im Vergleich zu einheimischen Patienten.

Alles in Betracht ziehend können Schwierigkeiten im gegenseitigen Verstehen zwischen Psychotherapeuten und Menschen mit Migrationshintergrund auf ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren zurückgeführt werden. Vordergründig sind die ungleichen Machtverhältnisse in der Begegnung zu nennen. Jedoch können unterschiedliche Erwartungshaltungen und Vorannahmen der Beteiligten oder kulturspezifische Kommunikationsgewohnheiten und eine fehlende gemeinsame Sprache gleichermaßen wirksam werden.

Es geht hervor, dass in der nationalen Fachwelt Uneinigkeit herrscht, wie die Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund gestaltet werden sollte. Einerseits wird eine besondere transkulturelle Kompetenz auf Seiten der Therapeuten gefordert, welche kultur- und religionsspezifisches Wissen einschließen kann. Vor dem Hintergrund, dass dieses Konzept Vorannahmen der Behandelnden verstärkt, ist der Ansatz zu vertreten, dass eine Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund gute therapeutische Grundkompetenzen und eine gemeinsame Sprachbasis erforderlich macht. Die Erkenntnis lässt sich ableiten, dass die individuellen Bedürfnisse der Patienten vor ihrem biographischen, sozialen und – im angemessenen Verhältnis – vor ihrem kulturellen Hintergrund wahrzunehmen sind.

Die Ergebnisse sind unter folgenden Aspekten zu diskutieren. Aufgrund der Heterogenität von Menschen mit Migrationshintergrund ist eine Vergleichbarkeit der Studien kaum möglich. Die Aussagefähigkeit der Ergebnisse ist eingeschränkt, weil die verwendeten Studien größtenteils auf den Sichtweisen der Psychotherapeuten beruhen und somit die Meinungen der Patienten mit Migrationshintergrund unberücksichtigt bleiben. Weiterhin beziehen sich die Informationen meist auf Patienten, welche aus ländlichen, traditionellen Verhältnissen stammen, über eine geringe Schulbildung verfügen und eher magische Krankheitskonzepte vertreten. Unbeachtet bleibt der Aspekt, dass Menschen mit einer modernen Lebensweise und Experten nach Deutschland zuwandern, welche ebenso als Migranten gelten. In Bezug auf den Untersuchungsbereich besteht die Schwierigkeit, dass in der zwischenmenschlichen Begegnung und besonders im Kontext von Psychotherapie zahlreiche Faktoren ineinander wirken. Denkbar ist, dass irrtümlich kulturell begründete Schwierigkeiten in Wirklichkeit durch alltägliche, zwischenmenschliche Unterschiede ausgelöst wurden.

Durch die Ergebnisse wird die Frage aufgeworfen, wie die Psychotherapie von zugewanderten Patienten in anderen europäischen Ländern durch die Beteiligten wahrgenommen wird und welcher Umgang mit Schwierigkeiten verbunden wird. Von Interesse ist, ob Menschen mit Migrationshintergrund in den verschiedenen Gesellschaften im gleichen Maße als *Fremde* oder *Andere* gesehen werden. Weiterführend kann beleuchtet werden, welche Ressourcen durch Migration für den Einzelnen entstehen und wodurch das Miteinander bereichert sein kann, wenn Menschen unterschiedlicher Herkunft aufeinander treffen. Um die Aussagefähigkeit der dargestellten Informationen zu erhöhen, wäre methodisch eine stärkere Einbindung internationaler Studien gewinnbringend. Perspektivisch ist die Forschungslage in diesem Bereich in Deutschland weiter zu intensivieren. Patienten mit Migrationshintergrund sollten in der psychotherapeutischen Forschung im größeren

Maße einbezogen werden. Hierbei sind unterschiedliche Konstellationen, wie z. B. Therapeuten mit Migrationshintergrund und einheimische Patienten, zu beachten.

Die vorliegende Arbeit sensibilisiert für die Begegnung mit Menschen mit Migrationshintergrund und relativiert vermeintliche Konflikte im Kontakt mit Menschen anderer Kulturen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Patienten mit Migrationshintergrund kaum eine besondere Psychotherapie benötigen, sondern eher aufmerksame, selbstkritische und interessierte Therapeuten.

Literaturverzeichnis

- Anghern, E. (2014). Kultur als Grundlage und Grenze des Sinns. In E. Jammal (Hrsg.), *Kultur und Interkulturalität. Interdisziplinäre Zugänge* (S. 15–29). Wiesbaden: Springer.
- Assion, H.J. (2004). Behandlungsprobleme bei psychisch kranken Migranten. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 489–500). Berlin: Springer.
- Assion, H.J. (2005). Migration und psychische Krankheit. In H.J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 133–144). Heidelberg: Springer.
- Auernheimer, G. (2003). *Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz*. Zugriff am 06.07.2014 unter <http://www.georg-auernheimer.de/downloads/Interkult.%20Kompetenz.pdf>
- Auernheimer, G. (2008). Interkulturelle Kommunikation, mehrdimensional betrachtet, mit Konsequenzen für das Verständnis von interkultureller Kompetenz. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 35–65). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bär, T. (2011). Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. *Psychotherapeutenjournal* (1), 5–10.
- Basu, H. (2011). Ethnologische Aspekte der Migration. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 19–26). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Behrens, K. & Calliess, I.T. (2008). Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten. Eine systematische Differenzierung anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse von Behandlungsabläufen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58 (3/4), 162–168.
- Bermejo, I., Ruf, D., Mösko, M. & Härter, M. (2011). Epidemiologie psychischer Störungen bei Migranten. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 209–216). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Borde, T. (2007). Psychosoziale Potentiale und Belastungen der Migration – globale, institutionelle und individuelle Perspektiven. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale* (2. Aufl., S. 193–212). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Borde, T., Braun, T. & David, M. (2003). Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 43–81). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Borde, T. & David, M. (2011). Ethnizität und Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanzen. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 467–474). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Brause, M., Reutin, B., Schott, T. & Aslan, Y. (2010). *Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation*. Abschlussbericht. Bielefeld: Zentrum für Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.
- Broszinsky-Schwabe, E. (2009). Grundlagen und Probleme Interkultureller Kommunikation. In T. Heinze, V. Lewinski-Reuter & K. Steimle (Hrsg.), *Innovation durch Kommunikation*.

- Kommunikation als Innovationsfaktor für Organisationen* (1. Aufl., S. 163–174). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brucks, U. (1987). *Gesundheit – Krankheit und medizinische Versorgung von Migranten*, Fernuniversität. Hagen.
- Brucks, U. (2004). Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland – Migration und psychische Erkrankung. *Psychoneuro*, 30 (4), 228–231.
- Brucks, U. & Wahl, W.B. (2003). Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migranten. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 15–34). Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.). (2011). *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9* (1. Aufl.) (Forschungsberichte Schriftenreihe des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge), Nürnberg.
- Bundesministerium des Innern (Hrsg.). (2014). *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2012*, Nürnberg.
- Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.). (2010). *Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten. BPTK-Standpunkt*, Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2011). *Migration, Prävention und Gesundheitsförderung. Empfehlungen für Fachkräfte*, Köln.
- Casper-Hehne, H. (2009). Interkulturelle Interaktion: Heterogenität oder Chance? In H. Casper-Hehne & I. Schweiger (Hrsg.), *Vom Verstehen zur Verständigung. Dokumentation der öffentlichen Vorlesungsreihe zum Europäischen Jahr des Interkulturellen Dialogs 2008* (S. 137–158). Göttingen: Universitäts-Verlag Göttingen; Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek.
- Dech, H. (1998). Krankheitserleben und therapeutische Versorgung. Die kulturelle Dimension der Psychiatrie. In C. Gottschalk-Batschkus & C. Räscher (Hrsg.), *Ethnotherapien. Therapeutische Konzepte im Kulturvergleich* (Bd. 14, S. 158–161). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Demiralay, C. & Haasen, C. (2011). Akkulturation. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 63–66). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2010). *Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen – Belastungen – Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung*, Bonn.
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). (2012). *9. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*, Berlin.
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). (2013). *Beirat der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration*, Berlin.
- Dirim, I. & Mecheril, P. (2010). Die Sprache(n) der Migrationsgesellschaft. In P. Mecheril, M. d. M. Castro Varela, I. Dirim, A. Kalpaka & C. Melter (Hrsg.), *Migrationspädagogik* (S. 99–120). Weinheim: Beltz.

- Domenig, D. (2003). Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 85–103). Frankfurt am Main: Marbus-Verlag.
- Dreißig, V. (2005). Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund, Universität Bielefeld, Köln. Zugriff am 10.06.2014 unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-89942-392-1>
- Eberding, A. (2004). Bedeutung der Sprache in der systemischen Beratung und Therapie. In J. Radice von Wogau, H. Eimmermacher & A. Lanfranchi (Hrsg.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (1. Aufl., S. 92–103). Weinheim: Beltz.
- Ebner, G. (2010). Psychiatrische Begutachtung von Migrantinnen und Migranten. Gütekriterien für eine interkulturelle Begutachtung. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 216–241). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Eimmermacher, H., Lanfranchi, A. & Radice von Wogau, J. (2004). Systemisch-interkulturelles Denken und Handeln. In J. Radice von Wogau, H. Eimmermacher & A. Lanfranchi (Hrsg.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (1. Aufl., S. 3–12). Weinheim: Beltz.
- Englisch, M. (2006). Interkulturelle Teamentwicklung – Voraussetzungen für die Nutzung innovativer Potentiale. In E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 155–160). Heidelberg: Springer.
- Erdheim, M. (2000). Das Fremde – Totem und Tabu in der Psychoanalyse. In U. Streeck (Hrsg.), *Das Fremde in der Psychoanalyse. Erkundungen über das "Andere" in Seele, Körper und Kultur* (S. 167–183). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Erikson, E. H. (1999). *Kindheit und Gesellschaft* (13. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Erim, Y. (2009). *Nichtverstehen als Chance? Psychotherapeutisches Verständnis in der interkulturellen Begegnung*. 59. Lindauer Psychotherapiewochen, Lindau.
- Ete, E. (2002). Ethnomedizinische und transkulturelle Aspekte bei türkisch-stämmigen psychisch kranken Patienten in einer Schwerpunktpraxis. In T. Heise & J. Schuler (Hrsg.), *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (Das transkulturelle Psychoforum, Bd. 5, 2. Aufl., S. 83–96). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Fernando, S. (1995). Introduction. In S. Fernando (Hrsg.), *Mental Health in a Multi-ethnic Society. A Multi-disciplinary Handbook* (S. 1–8). London, New York: Routledge.
- Fichter, M. M., Xepapadacos, F., Quadflieg, N., Georgopoulou, E. & Fthenakis, W. E. (2004). A comparative study of psychopathology in Greek adolescents in Germany and in Greece in 1980 and 1998 – 18 years apart. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254 (1), 27–35.
- Fincke, G. (2008). MigrantInnen der zweiten Generation in Europa: „Ausländerproblem“, „Parallelgesellschaft“ und sozio-ökonomischer „Niedergang“? Eine empirische Analyse am Beispiel Deutschlands mit Hilfe des Mikrozensus 2005. In U. Hunger, C. Aybek & A. Ete (Hrsg.), *Migrations- und Integrationsprozesse in Europa. Vergemeinschaftung oder nationalstaatliche Lösungswege?* (1. Aufl., S. 191–234). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Florentina, A. (2011). Grundbegriffe der interkulturellen Kommunikation – Kultur und Sprache. *Euromentor Journal - Studies about education* (1), 36–50.

- Flubacher, P. (2004). Ein Patient ausländischer Herkunft bei einem Hausarzt. In J. Radice von Wogau, H. Eimmermacher & A. Lanfranchi (Hrsg.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (1. Aufl., S. 137–145). Weinheim: Beltz.
- Friedmann, A. (2005). Psychiatrie und Menschenbild. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 155 (23-24), 517–523.
- Gavranidou, M. & Abdallah-Steinkopff, B. (2007). Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 6 (4), 353–361.
- Gerlach, H., Becker, N. & Abholz, H.-H. (2008). Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 84 (10), 428–435.
- Glaesmer, H., Brähler, E. & Lersner, U. von. (2012). Kultursensible Diagnostik in Forschung und Praxis. *Psychotherapeut*, 57 (1), 22–28.
- Glasner, E. (2003). Fremdsprachenkompetenz in der interkulturellen Zusammenarbeit. In A. Thomas, E. Kinast & S. Schroll-Machl (Hrsg.), *Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Grundlagen und Praxisfelder* (Bd. 1, 2. Aufl., S. 74–93). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Graf, J., Rath, T. & Roeb, E. (2009). Kommunikation – ein Missverständnis?! *Intensivmedizin*, 46 (5), 313–317.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (2010). *Psychoanalyse der Migration und des Exils* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grützmann, T., Rose, C. & Peters, T. (2012). Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. *Ethik in der Medizin*, 24 (4), 323–334.
- Gün, A. (2007a). *Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Gün, A. (2007b). Sprachliche und kulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale* (2. Aufl., S. 133–146). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Gün, A. (2012, September). *Interkulturelle Psychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen*. 12. DGPPN- Hauptstadtsymposium, Berlin. Zugriff am 10.06.2014 unter http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/dgppn-veranstaltungen/2012-09-12-hs_migration/presentationen-fohlen-g%C3%BCn.pdf
- Gudykunst, W. B., Matsumoto, Y., Ting-Toomey, S., Nishida, T., Kim, K. & Heyman, S. (1996). The Influence of Cultural Individualism-Collectivism, Self Construals, and Individual Values on Communication Styles Across Cultures. *Human Comm Res*, 22 (4), 510–543.
- Haasen, C. (2000). Kultur und Psychopathologie. In C. Haasen & O. Yagdiran (Hrsg.), *Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft* (Bd. 4, S. 13–28). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Haasen, C., Kleinemeier, E. & Yagdiran, O. (2005). Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In H.J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 145–156). Heidelberg: Springer.
- Haasen, C., Kraft, M., Yagdiran, O., Maß, R., Lambert, M., Müller-Thomsen, T. et al. (1999). Auswirkungen von Sprachproblemen in der stationären Behandlung von Migranten. *Krankenhauspsychiatrie*, 10 (3), 91–95.

- Hall, E.T. (1979). Foreword. Cultural models in transcultural communication. In A. Wolfgang (Hrsg.), *Nonverbal behavior. Applications and Cultural Implications* (S. XI–XVII). New York: Academic Press.
- Hall, E.T. & Hall, M.R. (1990). *Understanding cultural differences. Germans, French and Americans*. Boston, Mass: Intercultural Press.
- Hamburger, F. (2012). *Abschied von der interkulturellen Pädagogik. Plädoyer für einen Wandel sozialpädagogischer Konzepte* (Edition soziale Arbeit, 2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hegemann, T. (2010). Transkulturelle Kommunikation und Beratung. Die Kompetenz, über kulturelle Grenzen hinweg Kooperation herzustellen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 124–141). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Helfrich, H. (2013). *Kulturvergleichende Psychologie*. Wiesbaden: Springer.
- Helle, M. (2006). Kommunikation und Gesprächsführung. In M. Gaßmann, W. Marschall & J. Utschakowski (Hrsg.), *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege - Mental Health Care* (S. 125–138). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hepp, A. (2006). *Transkulturelle Kommunikation* (UTB, Bd. 2746). Konstanz: UVK.
- Herwartz-Emden, L. & Strasser, J. (2013). Interkulturalität und Sozialisation. In P. Genkova, T. Ringeisen & F. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven* (S. 361–380). Wiesbaden: Springer.
- Hoffmann, E. (2008). Das TOPOI-Modell – eine Heuristik zur Analyse interkultureller Gesprächssituationen und ihre Implikationen für die pädagogische Arbeit. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 125–152). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hofstede, G. & Hofstede, G.J. (2006). *Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management* (3. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch-Verlag Beck.
- Homlong, N. & Springler, E. (2013). *Business-Handbuch Vietnam*. Wiesbaden: Springer.
- Jeschke, K. & Hillenbrand, D. (2011). Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin. Zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin – Ergebnisse der Mitgliederbefragung der Psychotherapeutenkammer. *Psychotherapeutenjournal*, 2, (189–192).
- Kahraman, B. (2007) Therapeutische Beziehung bei Kulturverschiedenheit. In Landeshauptstadt München. Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.), *Dokumentation des Fachtages Gesundheits- und Krankheitskonzepte im interkulturellen Kontext – Anregungen für eine kultursensitive psychotherapeutische Arbeit mit Migrantinnen und Migranten* (S. 23–29). München.
- Kahraman, B. (2012, November). "Same same – but different". *Geschlechts- und Kultursensibilität in der Therapiebeziehung*. PsychTransKultAG, Innsbruck. Zugriff am 10.07.2014 unter <http://nipe.or.at/files/VortragKahraman.pdf>.
- Kalpaka, A. (2004). Über den Umgang mit "Kultur" in der Beratung. In J. Radice von Wogau, H. Eimmermacher & A. Lanfranchi (Hrsg.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (1. Aufl., S. 31–44). Weinheim: Beltz.
- Kimil, A., Bendfeld, L., Brinkmann, D. & Salman, R. (2012). *Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover – Studie 2012* (Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover, Hrsg.) (Sozialpsychiatrische Schriften. Band 4), Hannover.
- Kimmerle, H. (2014). Intermedialität, Interdisziplinarität, Interkulturalität. In E. Jammal (Hrsg.), *Kultur und Interkulturalität. Interdisziplinäre Zugänge* (Perspectives of the Other. Studies

- on Intercultural Communication, *Studies on Intercultural Communication*, S. 127–140). Wiesbaden: Springer.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R.G. (2006). Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt*, 49 (9), 873–883.
- Kizilhan, J. (2011a). Psychologie der Migration. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 55–62). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Kizilhan, J. (2011b). Psychotherapeutisches Arbeiten in institutionellen Settings. Ein langer Weg von der Aufnahme bis zur Nachsorge. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 169–184). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Kizilhan, J. (2011c). Zum psychotherapeutischen Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken. *Psychotherapeutenjournal* (1), 21–28.
- Kluge, U. & Kassim, N. (2006). „Der Dritte im Raum“. In E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 177–198). Heidelberg: Springer.
- Knapp, A. (2008). Interkulturelle Kompetenz: eine sprachwissenschaftliche Perspektive. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 81–97). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kobelt, A., Göbber, J. & Petermann, F. (2011). Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 54 (4), 475–481.
- Kobelt, A., Göbber, J., Pfeiffer, W. & Petermann, F. (2013). Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortsmedizin*, 23 (6), 353–357.
- Koch, R. (2005). Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten. In H.J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 167–186). Heidelberg: Springer.
- Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R. & Schouler-Ocak, M. (2008). Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. *Nervenarzt*, 79 (3), 328–339.
- Koën, E. (2009). Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migrantinnen in Deutschland: Ein Vergleich. *Curare. Zeitschrift für Medizinethnologie*, 32 (3+4), 265–273. Reprint.
- Köhler, A. (2005). Integration der Muslime in D. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 61–66). Heidelberg: Springer.
- Köpp, W., Röhner, R. & Trebbin, M. (1993). Ausländische Patienten in der psychosomatischen Ambulanz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 43, 63-69.
- Körtner, U. (2009). Spiritualität, Religion und Kultur – eine begriffliche Annäherung. In U. Körtner, J. Inthorn, M. Kletečka-Pulker & S. Müller (Hrsg.), *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett* (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 3, S. 1–17). Vienna: Springer.
- Kohte-Meyer, I. (2006). Kindheit und Adoleszenz zwischen verschiedenen Kulturen und Sprachen. Eine interkulturelle Perspektive in der Psychoanalyse. In E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 81–94). Heidelberg: Springer.

- Koskensalo, A. (2008). Transdisziplinarität, Transkulturalität und transkulturelle Kommunikation als Möglichkeit einer theoretischen Weiterentwicklung. In C. M. Schmidt & D. Neuendorff (Hrsg.), *Sprache, Kultur und Zielgruppen* (S. 49–70). Wiesbaden: DUV.
- Kousse mou, J. (2007) Krankheitsbilder und Ätiologiekonzepte in afrikanischen Kulturen. In Landeshauptstadt München. Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.), *Dokumentation des Fachtages Gesundheits- und Krankheitskonzepte im interkulturellen Kontext – Anregungen für eine kultursensitive psychotherapeutische Arbeit mit Migrantinnen und Migranten* (S. 8–22). München.
- Krämer, A. & Baune, B. (2004). Migrationen: eine Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften und die gesundheitliche Versorgung. In A. Krämer & L. Prüfer-Krämer (Hrsg.), *Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven* (Gesundheitsforschung, S. 9–20). Weinheim: Juventa.
- Kraus, M. & Koch, E. (2006). Kultur. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression?* (S. 139–162). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kronenthaler, A., Hiltner, H. & Eissler, M. (2014). Assoziationen zu muslimischen Patienten in der Hausarztpraxis – Eine Befragung deutscher Allgemeinmediziner. *Gesundheitswesen*, 76 (7).
- Kumbier, D. & Schulz von Thun, F. von. (2006). Interkulturelle Kommunikation aus kommunikationspsychologischer Perspektive. In D. Kumbier & F. Schulz von Thun (Hrsg.), *Interkulturelle Kommunikation. Methoden, Modelle, Beispiele* (Miteinander reden, Bd. 62096, 6. Aufl., S. 9–27). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Lampert, T., Saß, A.C., Häfeling, M. & Ziese, T. (2005). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung* (Robert-Koch-Institut, Hrsg.), Berlin.
- Lanfranchi, A., Radice von Wogau, J. & Eimmermacher, H. (2004). Zugang von Migrantinnen und Migranten zu den Sozial- und Gesundheitssystemen. In J. Radice von Wogau, H. Eimmermacher & A. Lanfranchi (Hrsg.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (1. Aufl., S. 104–120). Weinheim: Beltz.
- Leenen, W., Groß, A. & Grosch, H. (2008). Interkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 101–123). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Leiprecht, R. (2008). Praxis aktuell: Soziale Arbeit und Diversity. Diversity Education und Interkulturalität in der Sozialen Arbeit. *Sozial Extra*.
- Leweke, F., Akinci, S., Stingl, M. & Reimer, C. (2007). Spezifische Probleme in der psychotherapeutischen Behandlung von Migranten. *Psychotherapeut*, 52 (6), 443–446.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M. & Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58 (3/4), 123–129.
- Lorenz, J. (2007) Grußworte des Referenten für Gesundheit und Umwelt. In Landeshauptstadt München. Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.), *Dokumentation des Fachtages Gesundheits- und Krankheitskonzepte im interkulturellen Kontext – Anregungen für eine kultursensitive psychotherapeutische Arbeit mit Migrantinnen und Migranten* (S. 4–5). München.
- Machleidt, W., Behrens, K., Ziegenbein, M. & Calliess, I.T. (2007). Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34 (7), 325–331.

- Machleidt, W. & Callies, I.T. (2008). Transkulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen. In H.J. Möller (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie. Allgemeine Psychiatrie* (Psychiatrie und Psychotherapie, Bd. 1, 3. Aufl., S. 319–344). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Machleidt, W. & Callies, I.T. (2012). Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie. In M. Berger, H. Hecht & J. Angenendt (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (4. Aufl., S. 973–994). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Machleidt, M., Koch, E., Callies, I.T., Schepker, R. & Salman, R. (2011). Die Sonneberger Leitlinien – Eine Programmatik für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 135–144). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Machleidt, W. & Heinz, A. (2011). Dynamische Modelle der Migration. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 33–38). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Matoba, K. & Scheible, D. (2007). *Interkulturelle und transkulturelle Kommunikation. Working Paper of International Society for Diversity Management e.V. No. 3.* : Internationale Gesellschaft für Diversity Management e.V.
- Mecheril, P. (2008a). Das Besondere ist das Allgemeine. Überlegungen zur Befremdung des "Interkulturellen". In B. Rommelspacher & I. Kollak (Hrsg.), *Interkulturelle Perspektiven für das Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 77–96). [S.n.]: Mabuse-Verlag.
- Mecheril, P. (2008b). "Kompetenzlosigkeitskompetenz". Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 15–34). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mehnert, A., Lehmann, C. & Koch, U. (2012). Schwierige Gesprächssituationen in der Arzt-Patient-Interaktion. *Bundesgesundheitsblatt*, 55 (9), 1134–1143.
- Meyer, W. (2009). Migration und Globalisierung: therapeutische Implikationen für eine transkulturelle Psychotherapie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 159 (11-12), 265–270.
- Möske, M. (2013). Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Berlin. Schwerpunkt II: Interkulturelle Aspekte in der psychosozialen Versorgung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 45 (1), 53–72.
- Möske, M., Pradel, S. & Schulz, H. (2011). Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 54 (4), 465–474.
- Molinari, D. (1995). Dem Fremden begegnen – die Wiederinszenierung des Kulturschocks. Möglichkeiten und Grenzen im Bereich der Beratung und Therapie von Immigrantenfamilien. In P. Möhring & R. Apsel (Hrsg.), *Interkulturelle psychoanalytische Therapie* (Wissen & Praxis, Bd. 58, 1. Aufl., S. 74–92). Frankfurt a. M: Brandes & Apsel.
- Molzichler, D. (2005). Kulturen in Konflikt? Vom Umgang mit Konflikten in interkulturellen Beziehungen. *SWS-Rundschau Sozialwissenschaftliche Studiengesellschaft*, 45 (2), 160–184.
- Münch, J. & Rohner, R. (2011). Psychosomatische Rehabilitation für Patienten mit Migrationshintergrund. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 435–446). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Oberzaucher-Tölke, I. (2014). »Der andere Patient« – Die Konstruktion kultureller Differenz in der Psychotherapie aus rassismuskritischer Perspektive. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 150 (2). Manuskript in Vorbereitung.

- Özsel, M. (1994). Die "andere Mentalität" – eine empirische Untersuchung zur sekundären Krankheitseinsicht türkischer Mitbürgerinnen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* (3), 349–356.
- Penka, S., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Kluge, U. (2012). Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Bundesgesundheitsblatt*, 55 (9), 1168–1175.
- Peters, T., Grützmann, T., Bruchhausen, W., Coors, M., Jacobs, F., Kaelin, L. et al. (2014). Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik in der Medizin*, 26 (1), 65–75.
- Pfitzner, H. (2006). Interkulturelle Kompetenz in der psychiatrischen Pflege. In M. Gaßmann, W. Marschall & J. Utschakowski (Hrsg.), *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege - Mental Health Care* (S. 139–144). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pitta, P., Marcos, L.R. & Alpert, M. (1978). Language switching as a treatment strategy with bilingual patients. *The American Journal of Psychoanalysis*, 38 (3), 255–258.
- Polzius, J. (2011). „Beratungsstelle – Was sollen wir da?“ Sprache in multikulturellen Supervisionsgruppen. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 18 (3), 281–299.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.). (2007). *Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege – Neue Chancen*, Berlin.
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H. & Ronellenfitsch, U. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (43).
- Razum, O. & Zeeb, H. (2004). Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. *Nervenarzt*, 11, 1092–1098.
- Rezapour, H. & Zapp, M. (2011). *Muslimen in der Psychotherapie. Ein kultursensibler Ratgeber ; mit 4 Tabellen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ringler, M. (1995). Das Setting in der Psychotherapie. In O. Frischenschlager, M. Hexel, W. Kantner-Rumplmair, M. Ringler, W. Söllner & U. V. Wisiak (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychosozialen Medizin* (S. 758–760). Vienna: Springer Vienna.
- Schmeling-Kludas, C. (2005). Psychosomatische Rehabilitation von Migranten. In H.J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 187–194). Heidelberg: Springer.
- Schouler-Ocak, M. (2003). Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung von Migranten/innen. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 153–166). Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag.
- Schouler-Ocak, M., Rapp, M., Reiske, S.L. & Heinz, A. (2008). Psychotherapie bei traumatisierten Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund: Berücksichtigung kultureller Faktoren. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58 (3/4), 169–175.
- Schouler-Ocak, M., Schepker, R., Bretz, H., Hartkamp, N., Koch, E., Penka, S. et al. (2010). Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Unterschiede zwischen erster und zweiter Generation: Bundesweite Umfrage der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt*, 81 (1), 86–94.
- Schlehe, J. (2006). Kultur, Universalität und Diversität. In E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 51–58). Heidelberg: Springer.
- Schu, M., Martin, M. & Czycholl, D. (2013). *Zugänge finden, Türen öffnen: transkulturelle Suchthilfe. Praktische Erfahrungen aus dem Modellprogramm transVer*. Lengerich: Pabst

Science Publishers. Zugriff am 15.07.2014 unter http://www.transversucht.de/fileadmin/transver/downloads/Handreichung_transVer.pdf

- Schweitzer-Rothers, J. (2014). Heilung als Gemeinschaftsleistung. Blick auf kollektive Psychotherapiekulturen. *Psychotherapeut*, 59 (2), 82–88.
- Senf, W. & Broda, M. (2012). Was ist Psychotherapie? In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5. Aufl., S. 2–8). Stuttgart [u. a.]: Thieme.
- Sieben, A. & Straub, J. (2011a). Migration, Kultur und Identität. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 43–54). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Sieben, A. & Straub, J. (2011b). Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung in der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 67–74). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Sluzki, C. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 108–123). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2013). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2012*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2014). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters 2013*, Wiesbaden.
- Steinhäuser, T., Martin, L., Lersner, U. von. & Auckenthaler, A. von (2014). Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*.
- Strotzka, H. (2013). *Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch* (3. Aufl.). Wien, New York: Springer.
- Swinen, S. & Selten, J.P. (2007). Mood disorders and migration: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190 (1), 6–10.
- Thomas, A. (2003a). Das Eigene, das Fremde, das Interkulturelle. In A. Thomas, E. Kinast & S. Schroll-Machl (Hrsg.), *Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Grundlagen und Praxisfelder* (Bd. 1, 2. Aufl., S. 44–59). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thomas, A. (2003b). Interkulturelle Wahrnehmung, Kommunikation und Kooperation. In A. Thomas, E. Kinast & S. Schroll-Machl (Hrsg.), *Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Grundlagen und Praxisfelder* (Bd. 1, 2. Aufl., S. 94–116). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thomas, A. (2003c). Kultur und Kulturstandards. In A. Thomas, E. Kinast & S. Schroll-Machl (Hrsg.), *Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Grundlagen und Praxisfelder* (Bd. 1, 2. Aufl., S. 19–31). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Uslucan, H.H. (2013). Belastungen und Unterstützungspotentiale von Migranten. In P. Genkova, T. Ringeisen & F. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven* (S. 381–396). Wiesbaden: Springer.
- Walter, J. & Adam, H. (2008). Kultureller Kontext und seine Berücksichtigung bei Migranten- und Flüchtlingsfamilien. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 223–240). Berlin: Springer.
- Wang, H. & Myers, M. J. (2008). Developing Intercultural Awareness. In C.M. Schmidt & D. Neuendorff (Hrsg.), *Sprache, Kultur und Zielgruppen* (S. 303–324). Wiesbaden: DUV.

- Watzlawick, P. (2011). *Man kann nicht nicht kommunizieren. Das Lesebuch* (Verlag Hans Huber, Programmbereich Psychologie, 1. Aufl.). Bern: Huber.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. & Jackson, D.D. (2011). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien* (Psychologie-Klassiker, 12. Aufl.). Bern: Huber.
- Welsch, W. (1994). Transkulturalität – Die veränderte Verfassung heutiger Kulturen. *VIA REGIA - Blätter für internationale kulturelle Kommunikation* (20).
- Welsch, W. (2002). Netzdesign der Kulturen. Zur Transkulturalität. *Zeitschrift für KulturAustausch* (1). Der Dialog mit dem Islam. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit.
- Westmann, J. (2006). *Aspects of mental and physical health in immigrants in Sweden: an epidemiological study*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Westwood, M. J. & Borgen, W.A. (1988). A culturally embedded model for effective intercultural communication. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 11 (2), 115–125.
- Wimmer-Puchinger, B., Wolf, H. & Engleder, A. (2006). Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt*, 49 (9), 884–892.
- Wittig, U., Merbach, M., Siefen, R.G. & Brähler, E. (2004). Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. *Gesundheitswesen*, 66 (2), 85–92
- Wohlfahrt, E., Hodzic, S. & Özbek, T. (2006). Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 143–168). Heidelberg: Springer.
- Wohlfahrt, E. & Kluge, U. (2007). Ein interdisziplinärer Theorie- und Praxisdiskurs zu transkulturellen Perspektiven im psychotherapeutischen Raum. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 9 (2), 83–97.
- Wohlfahrt, E., Özbek, T. & Heinz, A. (2005). Von kultureller Antizipation zu transkulturellen Verstehen. In H.J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 157–166). Heidelberg: Springer.
- Wulff, E. (1990). Was trägt die Ethnopsychiatrie zum Verständnis psychischer Erkrankungen bei? In A. Thom & E. Wulff (Hrsg.), *Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West* (S. 96–114). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wunn, I. & Klein, C. (2011). Bedürfnisse muslimischer Patienten. In M. Peintinger (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte* (1. Aufl., S. 367–384). Wien: Facultas.
- Wygotski, L.S. (1993). *Denken und Sprechen*, Bd. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Yildram-Fahlbusch, Y. (2003a). Krankheitsvorstellungen im kulturellen Blickwinkel. *Deutsches Ärzteblatt* (5), 214–215.
- Yildram-Fahlbusch, Y. (2003b). Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (18), 1179–1181.
- Yilmaz, A. (2006). Grundlagen der kultursensitiven Krisenintervention. In E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 279–284). Heidelberg: Springer.
- Yilmaz-Aslan, Y., Brzoska, P., Berens, E.M., Salman, R. & Razum, O. (2013). Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46 (4), 346–352.

- Zane, N., Nagayama Hall, G., Sue, S., Young, K. & Nunez, J. (2004). Research on Psychotherapy with Culturally Diverse Population. In M. J. Lambert, A.E. Bergin & S.L. Garfield (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl., S. 767–804). New York: Wiley.
- Zeeb, H. & Razum, O. (2006). Epidemiologische Studien der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. *Bundesgesundheitsblatt*, 9, 845–852.
- Ziegenbein, M., Bartusch, S., Calliess, I.T. & Machleidt, W. (2008). Integration von Migranten in die ambulante psychiatrische Versorgung. *Psychopraxis*, 11 (5), 30–33.
- Zimbardo, P. G., Gerrig, R. J. & Graf, R. (2008). *Psychologie* (Psychologie, 18. Aufl.). München, Boston [u. a.]: Pearson Studium.
- Zimmermann, E. (2000). *Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen*. Bern [u.a.]: Huber.

Eigenständigkeitserklärung

„Hiermit versichere ich, Theresia Willmitzer, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel ‚Die transkulturelle Begegnung zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und Therapeuten in der Psychotherapie‘ selbstständig angefertigt und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und wörtlich oder inhaltlich entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit wurde noch keiner Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt.“

Stendal, den 03.09.2014

Theresia Willmitzer