

# **Transkulturelle Psychiatrie –**

## **Hilfreiche Aspekte im Umgang mit nicht deutschen Klienten im psychosozialen Kontext**

Studienarbeit im Master Mental Health

Modul 10 - Ethnopsychiatrie

bei Prof. Dr. Michael von Cranach

Am Stadtpark 20  
81243 München

vorgelegt von:  
Stephanie Lerf  
slerf@gmx.net

Abgabedatum: Mai 2010

<u>Einleitung.....</u>	<u>3</u>
<u>Begriffsklärung .....</u>	<u>4</u>
<u>Migration.....</u>	<u>4</u>
<u>1.2. Kultur.....</u>	<u>4</u>
<u>1.3. Transkulturelle Psychiatrie.....</u>	<u>5</u>
<u>2. Geschichte und Zahlen zur Migration.....</u>	<u>6</u>
<u>2.1. Migration in Deutschland.....</u>	<u>6</u>
<u>2.2. Migration in München.....</u>	<u>8</u>
<u>3. Allgemeine Aspekte zur Migration und Mental Health.....</u>	<u>10</u>
<u>3.1. Versorgung.....</u>	<u>14</u>
<u>3.2. Westliche Psychiatrie als besondere Anforderung für eine interkulturellen     Psychiatrie.....</u>	<u>15</u>
<u>3.3. Schizophrene Störungen.....</u>	<u>17</u>
<u>3.6. Depression und Psychosomatische Beschwerden.....</u>	<u>19</u>
<u>4. Hilfreiche Aspekte im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen.....</u>	<u>21</u>
<u>5. Handlungsstrategien und Maßnahmen.....</u>	<u>24</u>
<u>5.1. Krisenintervention bei MigrantInnen.....</u>	<u>26</u>
<u>5.2. Dolmetscherdienste – Sprach-und Kulturmittler.....</u>	<u>26</u>
<u>Abschluss.....</u>	<u>27</u>
<u>Literaturverzeichnis.....</u>	<u>30</u>

## Einleitung

Multikulturalität stellt ein aktuelles Thema dar und betrachtet man die Migrationsbewegungen und auch wirtschaftliche und politische Entwicklungen weltweit, ist davon auszugehen, dass sich der bestehende Trend fortsetzt und die Mobilität der Menschen weltweit weiter anwächst (vgl. Leibold 2006; Krause 2001).

Auch beim Krisendienst Psychiatrie München<sup>1</sup> gibt es viele Klienten, die einen Migrationshintergrund haben und in seelische Krisen geraten oder aber vielleicht seit längerem darunter leiden. Besonders in der Telefonarbeit, aber auch in der aufsuchenden Tätigkeit tauchen regelmäßig Schwierigkeiten auf, die unter anderem aufgrund von Sprachbarrieren verursacht werden. Doch auch wenn diese am Telefon zunächst überwunden werden können und auch bei Hausbesuchen mitunter Angehörige die Funktion des Dolmetschers übernehmen, wird die tägliche Arbeit in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen immer wieder mit Fragen tangiert, die den Mitarbeitern ein großes Verständnis für Transkulturalität abverlangen. So erweisen sich beim KPM Aspekte, wie etwa die Schilderung der jeweiligen Symptomatik und die damit verbundene Einschätzung der Dringlichkeit von Interventionen, aber auch auf Menschen einer fremden Kultur zu treffen, die ihre ganz eigene Art haben, mit den Krisenhelfern ins Gespräch zu kommen, als besondere Herausforderung.

Von diesem Hintergrund ausgehend, sollen in dieser Arbeit theoretische Grundlagen und praktische Umsetzungsmaßnahmen näher beleuchtet werden, die für ein besseres Verständnis für den Umgang mit nicht deutschen Betroffenen förderlich sein können. Dabei werden zunächst relevante Begrifflichkeiten näher skizziert. Weiter werden bestehende Zahlen herangezogen, die einen Eindruck vermitteln sollen, wie sich die Situation der Migration in Deutschland und in München darstellt. Zudem werden Zusammenhänge zwischen Migration und seelischer Gesundheit untersucht und im weiteren Verlauf werden hilfreiche Aspekte dargestellt, die für die tägliche Arbeit beim KPM Relevanz besitzen. Innerhalb der Arbeit werden zudem Fälle aus dem KPM vorgestellt, die auch aufzeigen werden, wie wichtig ein besonderes Verständnis für Betroffene mit Migrationshintergrund ist, aber auch

---

<sup>1</sup> Krisendienst Psychiatrie München (KPM) siehe auch unter [www.krisendienst-psychiatrie.de](http://www.krisendienst-psychiatrie.de)

welche Diskrepanzen sich aktuell in der Arbeit unter anderem aufgrund bestehender Versorgungslücken ergeben.

Aufgrund des begrenzten Rahmens dieser Arbeit wird dabei der Versuch unternommen, eine Auswahl derjenigen Aspekte zu erläutern, die eine Relevanz für das Thema besitzen. Hiervon abhängig ist daher auch die Auswahl der verwendeten Literatur. Um Schwerfälligkeiten beim Lesen der Arbeit zu vermeiden, wird die männliche Bezeichnung verwendet, welche jedoch beide Geschlechter in gleichem Maße inkludiert.

## Begriffsklärung

### **Migration**

Im Fremdwörterbuch des Dudens wird der Begriff Migration folgendermaßen beschrieben:

„(Soziologische) Wanderung, Bewegung von Individuen oder Gruppen im geografischen oder sozialen Raum, die mit einem Wechsel des Wohnsitzes verbunden ist“ (...).

Nach Brucks (2001) wurden aufgrund von Migrationsentwicklungen neue Begriffe geprägt, nämlich Zu- und Abwanderung. Allen Begriffen ist gemein, dass sie unter dem soziologischen Überbegriff der *Migration* subsumiert werden können. Es werden etwa die individuelle Motivation Einzelner, wie auch politische Entwicklungen die zur Migration geführt haben zunächst außen vor gelassen und der Begriff der Migration ist als wertfrei anzusehen (vgl. ebd. S. 41). Dabei fallen unter den Begriff der Migration nicht nur zahllose Einzelschicksale, sondern auch gesellschaftliche wie politische Entwicklungen.

### **1.2. Kultur**

Nach Fernando (2001) bilden alle nicht materiellen Gemeinsamkeiten einer sozialen Gruppe die *Kultur*. Gemeint sind darunter etwa Fragen der Kindererziehung, aber auch geschlechterrelevante Aspekte sowie ethische Werte und Prinzipien (vgl. S. 78). Mitunter erweitert sich aber die Assoziation des Begriffs der Kultur, weniger um individuelle Aspekte, als vielmehr um Bereiche familiärer Kultur und die Kultur von Berufsgruppen oder Institutionen. Dabei kann die kulturelle Orientierung einer

sozialen Gruppe auch durch soziale Bedingungen tendiert und verändert werden. Daher spielen sowohl sozialer Druck als auch Tradition einflussnehmende Rollen. Die verschiedenen Definitionen von Kultur werden aus unterschiedlichen Sichtweisen geführt und so sollten Differenzen und Widersprüche innerhalb einer Kultur wie auch der Zusammenhalt von Kulturen trotz inhärenter Differenzen bedacht werden (Rathje 2006). Kulturen werden durch menschliche Kollektive gebildet, wie etwa Institutionen oder Nationalstaaten und schließen damit alle unterscheidbaren Individuen mit ein (ebd., S. 12). Dabei splitten sich diese Kollektive in zahlreiche Facetten auf, wie etwa Heterogenität, Diversität, Divergenzen und Widersprüche und jedes Individuum erfährt oder aber formt sich seine eigene Ausprägung.

### **1.3. Transkulturelle Psychiatrie**

Bereits Emil Kraepelin beschäftigte sich mit europäischen und außereuropäischen Kulturen im Hinblick einer Vergleichbarkeit auf psychologische und medizinische Aspekte und Zusammenhänge (in Littwood 2006). Transkulturalität bildet unter anderem aus diesen Forschungen herrührend den Rahmen für eine transkulturelle Psychiatrie. Nach Uzarewicz (2008) wird das jeweilig Eigene mittels Grenzziehung von(m) Anderen unterschieden, wie etwa nationalstaatliche Grenzen oder Statusgrenzen oder aber kulturelle oder soziale Grenzen. Ebenso wird eine Grenze zwischen dem Eigenen und dem Fremden gezogen. Transkulturalität dient hierbei als konzeptionelle Basis, mit diesen Aspekten von Grenzziehung- bzw. erfahrung, wie auch den Fremdheiten umzugehen. Dabei ist es Ziel, die Fremdheiten und Unterschiede aufzuzeigen, um daraus die Möglichkeit zu schaffen neue kulturelle Erfahrungsräume zu gestalten.

Nach Machleidt (2004) werden „natürliche Bedingungen, unter denen Menschen aller Kulturen leben“ unter dem Begriff der Ethnozentrität (ebd., S. 1) subsumiert. Bereits daraus lässt sich erkennen, inwiefern, sich damit die jeweilige Ethnie als Zentrum versteht, sowohl im Wissen über Kultur, der eigenen Identität und kultureller Wissensbestände. Unter dieser Prämisse ausgebildet, besteht die Gefahr als professioneller Helfer die eigene kulturelle Gruppe behandeln und beraten zu können. Dies stellt zunächst kein Negativum dar, wird jedoch den Wandlungen durch bestehende Migrationstendenzen nicht gerecht. Daher gilt es die Ethnozentrität mittels einer transkulturellen bzw. kultursensiblen Psychiatrie zu ersetzen.

## **2. Geschichte und Zahlen zur Migration**

Zumeist beschäftigen sich Veröffentlichungen zum Thema Zuwanderung bzw. Migration in Deutschland mit dem Ende des Zweiten Weltkrieges (vgl. Brucks 2006, BMF, BAMF). Migration ist dabei keineswegs ein neuzeitliches Phänomen und nach Hegemann (2006) ist es ebenso alt wie die Menschheit selbst (ebd., S. 15, vgl. Gavranidou 2009). Jedoch hat sich dabei in den letzten Jahrzehnten einerseits das Verständnis von Migration geändert, und andererseits die Auseinandersetzung mit den Menschen, die nach Deutschland migriert sind.

### **2.1. Migration in Deutschland**

Aufgrund seiner geografischen Lage ist Deutschland seit jeher ein Ein-, Aus-, und Durchwanderungsland. Brucks(2006) erläutert verschiedene Gruppierungen von Migrationsbewegungen, die im heutigen Kontext weiterhin von Bedeutung sind. So begann bereits zum Ende des Zweiten Weltkriegs im Jahr 1945 eine Massenflucht der deutschen Bevölkerung aus Ostpreußen, Pommern und Schlesien. Indess folgte als nächste große Gruppe die Arbeitsmigranten aus den Mittelmeerländern<sup>2</sup>. 1973 wurde mittels eines Anwerberstopps der Zuzug von Arbeitsmigranten beendet, jedoch folgten den bereits in Deutschland ansässigen Migranten häufig deren Familienangehörige<sup>3</sup>. Ein wichtiger Eckpfeiler in der näheren Migrationsgeschichte stellt das 1985 beschlossene „Schengen-Abkommen“, welches 1995 in Kraft trat und die Binnengrenzen der teilnehmenden Ländern aufhob.

Die drei größten Gruppen der Migration stellen aktuell Spätaussiedler, Werkvertrags- und Saisonarbeitnehmer, sowie Einwanderer im Rahmen des Ehegatten- und Familiennachzugs dar. Eine weitere Gruppe wird durch Flüchtlinge und Asylsuchende gebildet (ebd., S. 46). Insgesamt ist die Zahl der Ausländer die in Deutschland leben seit ca. 1996 stabil und liegt bei ca. 9%. Dabei sollte jedoch

---

<sup>2</sup> Zunächst erfolgten Vereinbarungen mit Italien, weiter kamen Vereinbarungen mit Spanien, Griechenland, Türkei, Marokko, Portugal, Tunesien und Jugoslawien hinzu. Innerhalb der DDR wurden Arbeitsmigranten aus Kuba, Mosambik und Vietnam angeworben (Brucks, S. 43).

<sup>3</sup> Immer wieder erfolgten auch Prozesse der Rückwanderung bzw. kam es hier innerhalb der politischen Zusammenarbeit einzelner Länder hierzu immer wieder zu Schwierigkeiten, auf die innerhalb der vorliegenden Arbeit nicht näher eingegangen werden soll. Auch Veränderungen in der Gesetzgebung, politische Tendenzen innerhalb der Ausländer-/Migrationspolitik sollen nicht näher beleuchtet werden.

darauf hingewiesen werden, dass der Begriff der Ausländer nur bedingt Gültigkeit hat, betrachtet man etwa die Gruppe der Spätaussiedler, die eine deutsche Staatsbürgerschaft innehaben. So wird vom Bundesministerium des Inneren der Begriff „Personen mit Migrationshintergrund“ verwendet (vgl. ebd). Zur Bevölkerungsgruppe von Menschen mit Migrationshintergrund werden daher SpätaussiedlerInnen, Optionskinder, Eingebürgerte und Ausländer gezählt (vgl. Statistisches Amt München 2008). Die größte Gruppe von Migranten stellen Menschen aus nun europäischen Ländern dar, nämlich ca. 80%. Ein Zehntel wiederum stammt aus Asien, weniger als ein Zehntel sind amerikanischer, afrikanischer oder australisch-ozeanischer Herkunft (Assion 2005, S. 2). Hinzu kommen die Gruppierungen derer, die ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus in Deutschland leben. Diese wiederum lassen sich unterteilen in „illegale“, „irreguläre“ oder „De-facto-Zuwanderer“<sup>4</sup> (S. 41).

### **Fallbeispiel Hr. W.**

Ein Freund der Familie W. wendet sich an den KPM, da diese denken, ihr 24-jähriger Sohn sei erneut an einer Psychose erkrankt. Bereits vor zwei Jahren war dieser in ihrem Heimatland Russland in stationärer Behandlung. Der bereits seit längerem in Deutschland lebende Freund, hat die Familie bei sich aufgenommen, nachdem diese vor vier Monaten mit dem Auto nach München gekommen waren. Der Freund fungiert bereits bei der telefonischen Abklärung als Übersetzer und erklärt sich auch bei einem Hausbesuch des KPM bereit, diese Rolle zu übernehmen, da sowohl die Eltern des Klienten als auch dieser kein deutsch sprechen.

An diesem Abend hat eine Kollegin Dienst, die etwas russisch spricht und so ist es ihr möglich, sich mit den Eltern über deren Sorge und Anliegen zu verständigen. Da die Behandlung in Russland laut Aussagen der Eltern menschenunwürdig war und das Krankenhaus laut ihren Schilderungen den Eindruck einer Verwahranstalt hatte, hegten sie mit ihrer Reise nach Deutschland die Hoffnung, dort eine adäquate Behandlung für ihren Sohn zu bekommen. Dabei nahmen sie sowohl die Strapazen der Reise auf sich, wie auch die Tatsache, mit dem Sohn und dem Freund in einer Ein-Zimmer-Wohnung zu leben. Da sie nur über geringe finanzielle Mittel verfügten, wurden sie finanziell von ihrem Freund und anderen in München lebenden Russen unterstützt. Der Sohn ist während des Besuchs durch den KPM zu keiner Zeit bereit, mit diesem zu sprechen.

---

<sup>4</sup> Oftmals wird auch hier der Begriff „sans papier“ – „ohne Papiere“ bzw. Aufenthaltsgenehmigung verwendet.

Nur ein einziges Mal reagiert er auf die Bitten seiner Mutter und äußert, auf keinen Fall auch nur ein Wort mit „deutschen Frauen zu sprechen“.

Insgesamt zeigt der Fall, welche unterschiedlichen Aspekte im Umgang mit Menschen aus anderen Ländern bestehen können. So zeigt sich einerseits ein großes Netzwerk von Helfern, einer russischen „Community“, andererseits könnte auch die Krankengeschichte in der Heimat besonderen Einfluss auf die aktuelle Situation haben. Leider kam es in den nächsten Tagen zu einer Zwangsunterbringung durch die Polizei. Wie die Klinik auf die bestehende Sprachbarriere reagierte und wie der Behandlungsverlauf war, ist leider nicht bekannt. Das Beispiel zeigt ebenso, welche unterschiedlichen Dimensionen die Krisenhelfer erwarten können. Indem die Familie eine derart weite Anreise hinter sich bringt, macht sie bewusst, dass psychiatrische Einrichtungen innerhalb der Länder voneinander abweichen und eventuell auch eine weniger humanitäre Behandlung vorhalten. Dies gälte es weiter zu untersuchen. Auch die Tatsache, dass sie in Kauf nehmen, in engsten Verhältnissen bei einem Freund zu wohnen und sich von russischen Bekannten finanziell unterstützen zu lassen, mag sich als fremd darstellen. Es wäre weiter zu hinterfragen, inwiefern die Kultur des Herkunftslandes die Abwehr des Klienten gegenüber der Krisendienstmitarbeiterinnen beeinflusst hat und ob ein männliches Team eher Zugang gefunden hätte eventuell auch unter Hinzuziehung eines männlichen Kulturvermittlers.

## **2.2. Migration in München**

Wie in vielen größeren Städten, gibt es auch in München einen relativ hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund. München liegt nach Frankfurt am Main an zweiter Stelle, was die Höhe des Ausländeranteils anbelangt (Interkulturelles Integrationskonzept 2008). Auch im Vergleich zum Ausländeranteil in Gesamtdeutschland und Bayern mit jeweils 9%, weist München einen erheblich höheren Ausländeranteil auf (ebd., S. 19). In einem Bericht der Stadt München von 2008 wird die Zahl auf etwa 311 000 Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit beziffert. Bei einer Gesamteinwohnerzahl von ca. 1,342,166 Einwohnern entspricht dies einem Ausländeranteil von 23% (vgl. MStatistik, Interkulturelles Integrationskonzept 2008). 77% der Bewohner haben damit die deutsche Staatsbürgerschaft, wobei hier ein Anteil von 12,6% mit Migrationshintergrund benannt wird (vgl. ebd.). Von den ca. 311000 Menschen, haben ca. 74000 eine befristete Aufenthaltserlaubnis, ca. 159000 eine unbefristete und ca. 36000 leben nach dem sogenannten Freizügigkeitsgesetz der EU in



München (Interkulturelles Integrationskonzept 2008, S. 21). Hinzu kommen ca. 25000 Flüchtlinge, die unter anderem als geduldete Personen, Asylbewerber, Asylberechtigte oder Kontingentflüchtlinge<sup>5</sup> ihren Aufenthaltsort in München haben (Interkulturelles Integrationskonzept 2008, S. 22). Obgleich der Anteil der Ausländer in München 23% beträgt, beziehen etwas mehr als 44% als so genannte Langzeitarbeitslose Leistungen nach dem SGB II. Davon sind knapp 90% ohne eine abgeschlossene Berufsausbildung, wobei auch diejenigen eingerechnet werden, deren Berufs- oder Studienabschluss in Deutschland nicht anerkannt wird. Auch im Bereich des SGB XII, also Leistungen für Erwerbsunfähige und Alte, nehmen Ausländer mit einem Anteil von knapp 32% einen erhöhten Anteil ein (S. 31 ff).

Die Verteilung kann weiter für die einzelnen Stadtteile beziffert werden und die höchsten Ausländeranteile lassen sich im Bereich Schwanthalerhöhe mit 35,2% und Milbertshofen-Am Hart mit 35,1% erkennen. Innerhalb den Stadtteilen Ramersdorf-Perlach (17,5%), Milbertshofen-Am Hart (16,4%) und Feldmoching-Hasenberg (15,5%) leben die meisten Bürger mit Migrationshintergrund.

**Die Bevölkerung am 31.12.2008 differenziert nach Migrationsgruppen**

Migrationshintergrund	Hauptwohnsitzbevölkerung					
	männlich		weiblich		zusammen	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Deutsche	500 326	36,6	551 064	40,3	1 051 390	76,9
ohne Migrationshintergrund	415 518	30,4	462 133	33,8	877 651	64,2
mit Migrationshintergrund	84 808	6,2	88 931	6,5	173 739	12,7
davon						
Eingebürgerte	22 944	1,7	23 142	1,7	46 086	3,4
Spätaussiedler	15 734	1,2	18 424	1,3	34 158	2,5
Kinder deren Eltern migriert sind	22 487	1,6	21 600	1,6	44 087	3,2
Optionskinder	7 288	0,5	6 866	0,5	14 154	1,0
Deutsche mit ausländischer Herkunft	9 226	0,7	10 561	0,8	19 787	1,4
Deutsche mit 2. ausländischer Staatsangehörigkeit	7 149	0,5	8 338	0,6	15 487	1,1
Ausländer	164 191	12,0	151 733	11,1	315 924	23,1
Zusammen	664 517	48,6	702 797	51,4	1 367 314	100,0

Statistisches Amt München

Die häufigsten Länder aus denen die Einwohner stammen, sind Türkei, Kroatien und Griechenland, gefolgt von Österreich, Italien, Serbien und Montenegro, sowie Bosnien-Herzegowina und Polen (Interkulturelles Integrationskonzept 2008, S. 14).

<sup>5</sup> Kontingentflüchtlinge werden nach zuvor festgelegten Zahlen auf die jeweiligen Bundesländer Deutschlands verteilt. Dabei handelt es sich um Menschen, die im Rahmen von humanitärer Hilfsaktionen aus bestehenden Krisenregionen aufgenommen werden (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2009).

### 3. Allgemeine Aspekte zur Migration und Mental Health

Nach der WHO wird Gesundheit wie folgt definiert:

“A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”.

Die Definition von Mental Health wiederum lautet:

“... a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community.” (S. 19)

Das Risiko unter psychischen Störungen zu leiden, wird nach der WHO maßgeblich durch Faktoren wie Armut, niedrigem Ausbildungsstatus, aber auch durch Unsicherheit und Hoffnungslosigkeit bezüglich der eigenen Lebenserfahrung, rasch eintretende sozialen Veränderungen und der Bedrohung von Leib und Leben beeinflusst. Auch der Verlauf einer psychischen Störung kann durch die genannten Faktoren, wie auch durch schwierige Arbeitsbedingungen und Verletzungen der Menschenrechte beeinträchtigt werden (vgl. ebd.). Ebenso ist weltweit davon auszugehen, dass sich die Einhaltung und der Schutz von Bürgerrechten, politischer, ökonomischer, sozialer und kultureller Rechte auf die Erhaltung einer gesamtgesellschaftlichen *Mental Health*<sup>6</sup> auswirkt. Das heißt, es sind sowohl Regierung und Politik, wie auch das Gesundheitssystem und deren Institutionen und Vertreter für die Umsetzung von fördernden Maßnahmen und Programmen verantwortlich. Der Zusammenhang zwischen Armut und der Entstehung von psychischen Störungen ist immanent und lässt weltweit als Risikomarker ausmachen<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Die Übersetzung des Begriffs „Mental Health“ zeichnet sich oftmals als schwierig ab, da etwa die Übersetzung „Psychische Gesundheit“ als nicht ausreichend gilt. Daher soll in der Arbeit der Begriff Mental Health verwendet werden, um den zahlreichen Faktoren, die hierin Einfluss nehmen können gerecht zu werden.

<sup>7</sup> Ein weiterer Faktor der bei der Thematik Migration nicht außer acht gelassen werden kann, sind über Jahrhunderte bestehende rassistische Tendenzen. Kam und kommt es auch heute immer noch zu einer Mischung zwischen dem Begriff Kultur und Rasse, halten sich wohl immer noch Vorbehalten gegenüber Menschen aus anderen Nationen. Es bestehen daher innerhalb einer autochthonen Gesellschaft häufig Vorbehalte, Ängste, Distanz oder gar Ablehnung gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Leibold 2006). Als ursächlich muss hierfür eine bis dato nicht erfolgte bzw. misslungene Migrations- und Integrationspolitik mit verantwortlich gemacht werden.

Nach Machleidt (2002) bedeutet Migration nicht nur die Bewegung von einem Land oder einer Region zu einem anderen, sondern ist oftmals auch eine Veränderung innerhalb von Kultur und/oder Gesellschaft und bedeutet in der Folge eine oft lebenslänglich währende Anforderungen für Migranten. Sie unterscheiden sie sich dabei nicht nur im Punkt des Herkunftslandes, sondern auch in Religions- und kultureller Zugehörigkeit, Migrationsmotiv- und dauer und Aufenthaltsstatus, wie auch bezüglich Aspekten der Bildungsressourcen, Familiensituation oder aber Arbeits- und Wohnsituation (vgl. Gavranidou 2009). Die Anforderungen stellen sich mannigfaltig dar und können in der Folge die Vulnerabilität an einer seelischen Krise zu leiden erhöhen (vgl. auch Assion 2005). Neben einem neuen Lebenskontext, der auf eigenen, mitunter den Betroffenen zunächst unbekanntem soziologischen wie kulturellen Variablen basiert, leiden diese oftmals ebenso unter den Ereignissen und/oder Bedingungen im Herkunftsland, die auslösend für eine Migration waren. Diese erhöhten und mitunter belastenden Anforderungen können über einen oftmals langen Zeitraum können bei den Betroffenen zu einer starken Überforderung führen und entstehende oder bestehende Leiden verstärken bis hin zur Chronifizierung (vgl. ebd. S. 2).

### **Fallbeispiel Herr Z.**

Herr Z. ist 48 Jahre, stammt aus der Ukraine und lebt seit mehr als 20 Jahren in Deutschland. Laut seiner Frau, die den KPM zu Hilfe gerufen hatte, wurde bei ihm vor circa zehn Jahren eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis gestellt. Er war seither nur einmal stationär, nachdem er damals immer wieder nachts in seiner Arbeitsstelle auffällig wurde. Er hatte dort verschiedene Skulpturen geschweißt und außerdem in der Halle ein Feuer angezündet und wurde aufgrund dieser Vorfälle von der Polizei ins Isar-Amper-Klinikum gebracht.

Laut seiner Frau, verhalte er sich aktuell wieder ähnlich. Im Gespräch mit dem KPM ist er offen und zugewandt, er berichtet, seit seinem Aufenthalt in der Klinik vor zehn Jahren regelmäßig zu einer Psychiaterin und Psychotherapeutin zu gehen und zeigt außerdem seine Medikamente. Auf die nächtlichen Besuche in seiner Arbeitsstelle reagiert er ablehnend. Er äußert jedoch, dass es sich dabei nicht um eine echte Arbeitsstelle handelt, auch wenn sein Chef nett sei. Bei näherem Nachfragen stellt sich heraus, dass Herr Z. in seiner Heimat Physik studiert hatte, ihm jedoch dieser Abschluss in Deutschland nicht anerkannt wurde. Seither sei er als „Hilfsarbeiter“ bei

einem Handwerksbetrieb tätig. Das hierdurch erwirtschaftete Geld reiche jedoch nicht aus und er beziehe zudem Leistungen der Grundsicherung. Gleichwohl Herr Z. deutliche Anzeichen eines psychotischen Erlebens zeigt, treten die erlebten Kränkungen und Belastungen deutlich zutage. Die Belastungen sind nachvollziehbar, auch die von ihm angedeuteten Schwierigkeiten, mit seiner jetzigen Situation zurecht zu kommen. Nach einem längeren Gespräch können gemeinsam mit seiner Frau Vereinbarungen getroffen werden. Herr Z. verspricht darunter auch, am nächsten Tag seine Psychiaterin aufzusuchen. Der Krisendienst hat in der Folge noch mehrere Nachsorgekontakte und der Klient stabilisiert sich bald.

Das Beispiel kann zur Verdeutlichung dienen, inwieweit auch innerpsychologische Aspekte der Migration Einfluss auf die weitere Lebensgeschichte nehmen können. Die Hoffnung sich innerhalb des neuen Landes wirtschaftlich zu verbessern, hat sich für den Klienten nicht erfüllt. Vielmehr lässt sich ein sozialer Abstieg erkennen, indem er als gelernter Physiker in Deutschland als Hilfsarbeiter tätig ist. Gleichwohl der Klient immer wieder betonte mit seinem aktuellen Leben zufrieden zu sein, griff er selbst dieses Thema immer wieder auf.

Innerhalb einer „fremden Gesellschaft“ gilt es einerseits dem eigenen Identitätsverlust entgegenzuwirken und andererseits genügend Fähigkeiten zu entwickeln, um in die neue Gesellschaft „einzutreten“. Diese Anforderung ist hoch, da der Eintritt nicht nur mittels Aspekten, wie etwa dem Erlernen der jeweiligen Sprache gelingt, sondern auch unbewusste Werte bzw. nur langsam auszumachende soziale Prinzipien eine Barriere darstellen können. Diese Prozesse oder aber deren nicht gelingende Umsetzung können mitunter zu einem Identitätsverlust führen, der häufig mit Gefühlen des Versagens, der Selbstzweifel und dem Verlust, Freude zu empfinden einhergeht (vgl. Wohlfahrt, S. 154; Özbek 2006). Es stellt sich oftmals ein Gefühl ein, nicht im fremden Land anzukommen und häufig kommt auch ein Misstrauen vor allem gegenüber offizieller Institutionen des Landes hinzu. Wohlfahrt beschreibt, dass sich diese Gefühle auch in Ausdrucksformen äußern können, die in europäischen psychiatrischen Störungen als akute Erregungszustände mit Impulskontrollverlusten, ähnlich einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer akuten psychotischen Störung äußern können. Besessenheitszustände, hysterische Anfälle, Ohnmachtsanfälle und Pseudohalluzinationen können ebenso Ausdrucksformen sein (ebd. S. 154). Ethnische und kulturelle Faktoren können

Lebensentwürfe, Wertevorstellungen, Gesundheitsverhalten und Stressbewältigungsmuster soziokulturell maßgeblich mitbestimmen und psychische Störungen und Probleme durchdringen bzw. auslösen (vgl. ebd).

#### Migrationsbedingte und spezifische Stressoren:

- Fehlendes Wissen über Land, Bräuche, Sitten und Sprache
- Zerstörung von traditionellen Beziehungen in der Familie,
- Verluste von sozialen Beziehungen, Verluste von sozialen Rollen und Status
- Unterbrechungen in der eigenen Entwicklung (Karriere, Bildung etc.)
- Erschwerter Zugang zu Ressourcen des Aufnahmelandes
- Diskriminierungserfahrungen
- Unsichere Zukunftsaussichten
- Traumatische Erlebnisse wie Folter und Misshandlung (nach Machleidt 2004; vgl., Gavranidou 2009)

#### Migrationsunspezifische Stressoren:

- gesamtgesellschaftliche Ereignisse (z.B. Finanzkrise) oder geringe bzw. falsche Ressourcen
- kritische Lebensereignisse, die jeden treffen können, z.B. Scheidung, Arbeitslosigkeit etc. (vgl., Gavranidou 2009, S. 3).

Ein weiterer Aspekt innerhalb von Migration stellt Rassismus dar. Wurde dieser früher offen thematisiert, ist er nun eher verdeckt anzunehmen. Auch hier spielen die westlichen Schulen und Klassifikationssysteme eine entscheidende Rolle, die den Professionellen die Annahme unterbreitet, gegenüber nicht westlichen Ländern und Kulturen eine Vorreiterrolle einzunehmen. Das heißt, es werden eurozentristische Diagnosemanuale und Verfahren angewandt, die nichtwestliche Werte, Normen, Gefühl und Lebenswelten außen vor lassen (vgl. Fernando 2006). Oftmals erfolgt dabei eine Behandlung, die sich vorrangig mit der Akzeptanz der Wirklichkeit beschäftigt ohne gesamtgesellschaftliche Defizite einzubeziehen (ebd. S. 81). Insgesamt muss festgestellt werden, dass es nicht allzu viele Studien zum Thema Migration und Mental Health gibt (Gavranidou 2009; Zaumseil 2003). Den bestehenden Studien sind keine erhöhten Inzidenz- oder Prävalenzzahlen für psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund zu entnehmen

(Gavranidou 2009). Jedoch werden Migration und psychische und körperliche Leiden mitunter mit Benachteiligung in unterschiedlichen Lebensbereichen assoziiert (vgl. ebd.). Gleichwohl diverse Faktoren durch Migration bedingt auf die Manifestation einer psychischen Störung Einfluss haben können, oftmals aber auf den Verlauf einer solchen, wie auch der Versorgung dieser unmittelbaren Einfluss nehmen können (ebd.).

### **3.1. Versorgung**

Innerhalb sozialpsychiatrischer Arbeitsfelder ist die Beratung, Betreuung oder aber die langfristige Begleitung von Menschen mit einem Migrationshintergrund gerade in größeren Städten eine alltägliche Realität. Laut dem Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V. haben etwa 15-20% der Patienten bzw. Klienten in den Versorgungseinrichtungen einen Migrationshintergrund.

Ähnlich der Studien zum Thema Migration und Mental Health existieren jedoch auch in der Versorgungsforschung kaum Studien (vgl. Gavranidou 2009). Wie auch bei Assion (2005) ist davon auszugehen, dass es bei Betroffenen mit Migrationshintergrund häufiger zu Unter- bzw. Fehlversorgung kommt und Betroffene nicht nur seltener Hilfen in Anspruch nehmen, sondern durchschnittlich auch kürzer behandelt werden (vgl. ebd.). Bedingt durch kulturelle Hintergründe kommt es zudem häufiger zu Fehldiagnosen (Koch 2005). Nicht deutsche Betroffene wenden sich häufiger an niedergelassene Hausärzte und es kommt häufig auch zu einer Überversorgung durch apparative Diagnostik und medikamentöser Behandlung (ebd.). Psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfen werden häufig erst spät in Anspruch genommen und es besteht daher ein deutliches Risiko der Chronifizierung psychischer Störungen. Gerade im psychiatrischen Kontext sollten interkulturelle Aspekte nicht außer acht gelassen werden, kommt es doch sonst auch aufgrund von sprachlichen und kulturellen Barrieren zu falscher Pathologisierung, Fehldiagnosen und zu Unsicherheit und Hilflosigkeit (Wohlfahrt et al., 2006, S. 146). Die Sprachbarriere wird laut einer Studie der Charité als unmittelbare Problematik im Umgang mit Menschen aus anderen Nationen bzw. Kulturen genannt (vgl. ebd.). Weiter werden „kulturelle Missverständnisse“ und „negative Erfahrungen“ mit

anderen Kulturen als die Behandlungs- und Betreuungsqualität beeinflussend genannt. Diese Aspekte deuten auf

„eine Begrenztheit der gewohnten Kommunikationspraktiken, Verständigungsstrategien, Verhaltensformen und Sichtweisen hin, die den komplexen und dynamischen Prozessen in der interkulturellen Begegnung nicht mehr gerecht werden können“ hin (ebd., S. 147).

Nach Koch (2005) sind ca. 9% der behandelten Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern nicht deutscher Herkunft<sup>8</sup>. Obgleich sich daher eine beträchtliche Zahl von Patienten mit Migrationshintergrund ausmachen lässt, gibt es doch kaum spezielle Behandlungsangebote- oder konzepte (ebd.). Dies ist umso irritierender, zieht man Zahlen heran, demnach fast 75% der Kliniken angeben, aufgrund von Sprachbarrieren, wie auch kultureller Besonderheiten, eine Einigung auf ein therapeutisches Vorgehen nur bedingt umsetzen können (vgl. ebd., S. 167ff). Im Vergleich zum bestehenden Anteil an der Wohnbevölkerung sind Menschen mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert, wobei die Kliniken ebendiese Patientengruppe nicht gezielt behandeln. So kommt Koch (2005) zu dem Ergebnis, dass es im stationären Bereich zu einer Unterversorgung kommt, die häufig bereits im Vorfeld durch eine nicht gewährleistete Niedrigschwelligkeit der psychosozialen und psychiatrischen Dienste gekennzeichnet ist.

### **3.2. Westliche Psychiatrie als besondere Anforderung für eine interkulturellen Psychiatrie**

Nach Wohlfahrt (2006) sind das Referenzsystem und die Nosologie psychischer Störungen stark an die abendländische, europäische Geschichte gebunden. So entwickelte sich die klinische Psychiatrie zum beginnenden Zeitalter der Industrialisierung und die Empirie als überlegene Wissenschaftsmethode hielt verstärkt Einzug. Zunehmend wurden aufgrund klinischer Verlaufsbeobachtungen diagnostische Differenzierungen vorgenommen. Auch innerhalb gesellschaftlicher, religiöser und spiritueller Bereiche ergaben sich Veränderungen. Das Individuum gewann zunehmend an Gewichtung und war immer weniger in familiäre oder andere

---

<sup>8</sup> Die Anzahl kann innerhalb Regionen und im Vergleich zu Stadt und Land erheblich variieren.

Kontexte eingebunden. Hierdurch entstanden nach und nach besondere Anforderungen an das Individuum, der Mensch als Einzelner, wurde für den Preis wachsender Autonomie, zunehmenden Belastungen ausgesetzt. Die Anforderung an die Individuen ist gestiegen, und Versagen im familiären oder aber beruflichen Kontext wird vermehrt an individuellem Versagen gemessen, und bringt somit auch neue psychische Problematiken mit sich. Religion und Spiritualität sind zunehmend ins Hintertreffen geraten und bieten kaum noch Relevanz für eine soziale Ordnung. Psychopathologische Befunde werden daher verstärkt durch „den Grad der Fremdbestimmtheit des Individuums und dessen Realitätsbezug“ eingeordnet. (ebd. S.150). Wohlfahrt erklärt weiter, dass Störungen des „Ich-Bewusstseins“ nach ethnopsychiatrischen Kenntnissen offenbar häufiger in Gesellschaften auftreten, „welche die bürgerliche Ideologie vom einzigartigen, sich selbst verwirklichenden Individuum als Ich-Ideal bzw. als Über-Ich Forderung verinnerlicht haben.“ (ebd., S. 151). Aufgrund stereotyper Annahmen und damit verbundener Praxis kommt es nach Fernando auch zu einer rassistischen Institutionalisierung.

Die Nosologie in der europäischen bzw. westlichen Psychiatrie hat ihre Tradition unter anderem beruhend auf der Phänomenologie von Karl Jaspers weiterentwickelt und bündelt Symptome in pathologische psychische Phänomene. Dabei wird weitgehend auf die Erklärung der Entstehung der Symptome verzichtet, was wiederum gerade innerhalb der Ethnopsychiatrie nicht ausreichend scheint (vgl. Wohlfahrt, S. 152). Auch die im westlichen Gesundheitssystem vorherrschende Gewichtung von Biomedizin und Somatik führt nach Machleidt (2004) nicht selten zu einer Krankheitsbehandlung, die unter der Überschrift „Einverständnis im Missverständnis“ subsumiert werden kann (vgl. ebd., S. 5). Migranten, die aus weniger individualistisch geprägten Gesellschaftsformen stammen, sehen den Ursprung von Erkrankungen häufiger in Regelübertretungen Einzelner oder Kollektive, oftmals in enger Verbindung mit religiösen, göttlichen oder spirituellen Aspekten. Betrachtet man dies in Zusammenhang mit den in vielen europäischen Ländern vorherrschendem Krankheitskonzept und biomedizinischer Ausrichtung sowie der Anpassungsanforderung der Betroffenen beide miteinander zu vereinbaren, können sich daraus neue Ansätze ergeben.

Nach Littlewood (2001) besteht die Frage, ob psychiatrische Störungen, wie etwa die Depression oder Schizophrenie weltweit Gültigkeit haben können. Daher ist es



zielführend, hermeneutische Ansätze aus den Human- und Sozialwissenschaften, wie auch politische, geschichtliche und gesellschaftliche Aspekte zu integrieren, um nicht Gefahr zu laufen, die Naturwissenschaft als bestehenden Ansatz zu stark zu betonen.

### **3.3. Schizophrene Störungen**

Zaumseil (2006) betrachtet speziell am Beispiel der Schizophrenie diverse Aspekte, die die Sicht und Behandlung bzw. den Umgang mit dieser prägen können. So handelt es sich um eine „Interaktionswirklichkeit, materialisiert in stabil gebauten psychiatrischen Einrichtungen und eingelassen in vielfältige Praktiken“ (ebd., S. 333). Wie auch Wohlfahrt (2006) sieht er unmittelbare Zusammenhänge zwischen Entwicklungsströmen innerhalb der westlichen/euroamerikanischen Welt. Mit dem Zeitalter der Moderne wurde vermehrt eine Definition und Konzeption zur Schizophrenie entwickelt, die sich bis in die heutige Zeit hält. Unter Einbeziehung der ICD-10 wird folgendes beschrieben:

„Die Schizophrenie beeinträchtigt die Grundfunktionen, die dem normalen Menschen ein Gefühl der Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben „(ebd., S. 333).

Anhand dieser Beschreibung wird klar ersichtlich, welche bedeutende Rolle auch hier dem Individuum und seiner Selbstbestimmung-/verwirklichung beigemessen wird. Eine weitere Komponente im Hinblick der Schizophrenie erläutert Zaumseil an der ebenso in euroamerikanischen Betrachtungen üblichen Trennung von Natur und Kultur, wobei der Körper der Natur zugesprochen wird. Jedoch ist die Unterscheidung zwischen psychischer und physischer Krankheit keine Dichotomie, die „universelle kulturelle Gültigkeit hat“. Auch die Trennung zwischen Kognition und Emotion ist nicht in allen Kulturen üblich (vgl. ebd.). Die häufig insbesondere im Bereich der Schizophrenie bestehende Stigmatisierung der Betroffenen, findet ihren Ursprung unter anderem in defizitorientierten Krankheitskonzepten, die ihren Ursprung in älteren Degenerationstheorien finden (vgl. ebd.). In vielen Klassifikationssystemen wird daher meist nur von einer Remission gesprochen, während eine Heilung dort keine Erwähnung findet. Nach Zaumseil fehlt es psychisch kranken Menschen oftmals nicht an Individualität, Einzigartigkeit und

Entscheidungsfreiheit, sondern sie streben ebenso wie allen anderen, nach diesem oftmals vorrangigen Ideal<sup>9</sup>. Zaumseil zeigt auch auf, welchen Einfluss das europäische Person- und Weltverständnis innerhalb der Konzeption der Schizophrenie<sup>10</sup> eingenommen hat und weiterhin als allgemein gültige Vorstellung weltweit verwandt wird (vgl. S. 336). Dabei bestehen in verschiedenen Kulturen durchaus unterschiedliche Symptome (Vgl. Assion 2005, S.140). Betrachtet man die Erhebung von psychotischen und schizophrenen Störungen, ist festzustellen, dass die Erkrankungsrate bei Migranten höher ist, als in deren Ursprungsländern. Assion stellt hierfür Forschungen dar, die sich auf die Belastungen der Migration und einer daraus resultierenden erhöhten Vulnerabilität an ebensolchen zu erkranken beziehen, sieht aber auch die Notwendigkeit differenzierender Studien (vgl. ebd.).

Heinz (2006) bezieht sich weniger auf die Schizophrenie, sondern vielmehr auf Ich-Störungen und beschreibt einen engen Zusammenhang zwischen der Gestaltung des Selbst und dem Selbstkonzept (vgl. ebd.). Auch hier stoßen westliche Krankheitskonzepte an ihre Grenzen und im Besonderen im Bereich der Schizophrenie. Wird doch dabei davon ausgegangen, dass die Ich-Aktivität oder die Abgrenzung des Selbst anderen gegenüber irritiert sei. Doch sind die Konzepte des Ich bzw. des Selbst anderer Kulturen nicht denen der westlichen Welt gleichzusetzen, sondern können stark divergieren. Er stellt weiter die Entwicklung des Ich bzw. des Selbst anhand geschichtlicher Aspekte und kommt zu dem Schluss, dass der europäische Selbstbezug historisch entstanden ist. Aus gerade dieser Entwicklung konnten sich auch die im Besonderen Maß von Ich-Störungen geprägten Krankheiten, wie die Schizophrenie, Erwähnung finden. Die Betroffenen mussten zunächst mittels Selbstreflexion überhaupt in die Lage versetzt werden, eine Ichstörung zu beschreiben bzw. diese auch als Störung zu empfinden (vgl. ebd., S. 384).

---

<sup>9</sup> Die Ergebnisse stammen aus einer Studie von Zaumseil und Leferink aus dem Jahre 1997 und wurde speziell am Beispiel von Menschen, die Großstädten leben, durchgeführt (ebd., S. 334). Jedoch kommt es bei Menschen mit psychischen Störungen gerade in diesen Bereichen zu Diskrepanzen und ebendiese Ideale werden ihnen nicht zugestanden. Die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Schizophreniebehandlung reagieren unmittelbar auf diese Diskrepanz. So nimmt einerseits vermehrt die Medikalisierung, wie auch eine soziale Exklusion zu und andererseits als Gegenantwort Bestrebungen verstärkter Selbstbefähigung- und bestimmung, wie auch Partizipationsbestrebungen der Laien.

<sup>10</sup> Laut einer Studie der WHO, ist der Verlauf der Schizophrenie in Entwicklungsländern günstiger als in europäischen (ebd., S. 337).

Auf die im Bereich der Schizophrenie häufig erhobenen Fehldiagnosen weisen auch Haase et al. (2005) hin. Dabei können in anderen Kulturen schizophreientypische Symptome wie Halluzinationen oder Wahn auch bei nicht-schizophrenen Störungen auftreten und werden unter einer fraglichen Fehlannahme zu Ersteren gezählt. Auch Gedankengänge, oder aber die Differenzierung zwischen Wahn und Glaube, wie auch Halluzination und Trance, können zu Fehldiagnosen führen (vgl. ebd., S. 149).

### **3.6. Depression und Psychosomatische Beschwerden**

Weltweit nehmen somatische Beschwerden den höchsten Anteil der Beschwerden ein, mit denen sich Menschen mit psychischen Störungen an professionelle Helfer wenden. Im Besonderen lässt sich dies am Beispiel der depressiven Störung belegen, demnach auch im Hinblick auf der transkulturellen Ebene, sich mehr als die Hälfte der Betroffenen zunächst wegen somatischer Beschwerden bei einem Arzt vorstellt (vgl. Kraus 2006, S. 364). Im weiteren Behandlungsverlauf zeigte sich die Mehrzahl der Betroffenen empfänglich, auch psychosoziale Faktoren und Stressoren näher zu beleuchten, nachdem sie von den Behandlern darauf hingewiesen wurden (vgl. ebd.). Es lässt sich daraus ableiten, dass es häufig zu einer Somatisierungstendenz von psychiatrischen Störungsbildern kommt und das psychosoziale Faktoren und somatische Beschwerden in unterschiedlichen Kulturen als eng verwobene Einheit betrachtet werden (vgl. ebd., Assion 2005). Um für den Erstkontakt hieraus mögliche Aspekte herauszugreifen, sind kurz die häufigsten Symptome, die von Betroffenen beschrieben werden zu erläutern. So werden Verlust an Vitalität, muskuläre Schmerzen, Abgeschlagenheit und Schlafstörungen genannt. Wesentlich seltener beschreiben Betroffene unter Symptomen, wie etwa gedrückter Stimmung oder schuldhaften Denkinhalten zu leiden. Somatische Vorgänge stellen nach Kraus (2006) Metaphern des psychischen Erlebens dar. Der Körper des Menschen ist dabei nicht nur die physische Hülle, sondern ist eingebunden in Kultur und Geschichte. Die Zugänge, den eigenen Körper in dieser Einbettung zu betrachten unterscheiden sich dabei kulturell und es werden mitunter wörtliche und übertragene Bedeutungen im Zusammenhang mit diesem verwendet (vgl. ebd.).

Bei der Depression spielen neben biologischen Faktoren oftmals auch psychologische und soziale Faktoren eine auslösende oder aber verschlechternde Rolle (vgl. Assion 2005). Kritische Lebensereignisse, sogenannte „life events“

können neben vielfältigen Belastungen, wie etwa wirtschaftliche Unsicherheit, dysfunktionale Denkmuster und negative Kognitionen verursachen oder aber verstärken (vgl. S. 138). Auch in diesem Bereich besteht ähnlich wie im Bereich der Schizophrenie das Risiko, westliche Anschauungsformen und Klassifikationssysteme als allgemeingültig zu erklären und häufig findet eine strikte Trennung zwischen somatischen und psychischen Störungen statt. Wie bereits aufgezeigt, kann diese Trennung insofern nicht aufrechterhalten werden, da in vielen Kulturen eine derartige Trennung nicht stattfindet und daher von Betroffenen nicht getrennt voneinander erlebt und beschrieben wird (vgl. Kraus 2006). Im westlichen Kulturkreis wird diese Trennung meist sehr klar vollzogen und die Psyche wird zumeist als klar abgegrenzte Einheit von Körper und Umwelt verstanden. Dies führt mitunter zu Folgerungen, die anderen Kulturen eine Somatisierungstendenz unterstellt. Schur beschreibt (1995, in Kraus) eine „nichtgelungene Desomatisierung und Resultat einer Beeinträchtigung zentraler Etappen der Affektentwicklung“ (ebd., S. 368). Solcherlei Konzepte bedürfen einer kritischen und vorsichtigen Anwendung, da dadurch im Weiteren die Annahme impliziert werden könnte, Menschen aus nichtwestlichen Kulturen hätten „ungenügende sprachliche oder mangelnde psychische Möglichkeiten, Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken (ebd., S. 368.).

Somatische Beschwerden bei psychischen Störungen sind oftmals geprägt von kulturellen Aspekten (auch Persönlichkeitskonzepten) und können unterschiedliche Funktionen einnehmen (u.a. Metaphern) und Kraus (2006) stellt dabei ebenso wie Zaumseil (2006, vgl. Wohlfahrt) dar, inwieweit westliche Klassifikationssysteme psychischer Störungen weltweite Gültigkeit besitzen. Anhand der depressiven Störung lassen sich zwar kulturweite Grundannahmen erkennen, jedoch können die Erlebnis- und Ausdrucksformen stark variieren (vgl. ebd.). Auch im Hinblick der Globalisierung kommt Kraus zu dem Schluss, dass der aktuell vorherrschende meist rasche Wandel auch Veränderungen der bestehenden Krankheitskonzepte mit sich bringen wird (vgl. ebd.). Dies wird künftig den Anspruch an Verständnis und Einfühlungsvermögen für transkulturelle Aspekte erhöhen.

#### 4. Hilfreiche Aspekte im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen

Eine transkulturelle bzw. interkulturelle Kompetenz wird keineswegs ohne Sozialkompetenz sowie einer Handlungskompetenz auskommen (vgl. Rathje 2006). Unter Heranziehung des Kohäsionssinns, in welchem Kultur als verbindendes Element dienen kann, bietet das Aufzeigen und Beschreiben von bestehenden Differenzen die Möglichkeit Normalität zu erzeugen. Nur so besteht die Möglichkeit Fremdheitserfahrungen zu minimieren (vgl. ebd.) und im Sinne des Kulturbegriffs ein gemeinsames Kollektiv zu gestalten.

Im psychiatrischen Arbeitsfeld oder im alltäglichen Umgang mit anderen Kulturen gibt es diverse Aspekte, die den Umgang mit Menschen aus anderen Nationen erleichtern. So hat auch hier die Studie der Charité unterschiedliche Aspekte herausgefiltert (Wohlfahrt, 2006, 148). So beschrieben Mitarbeiter aus dem klinischen Handlungsfeld das

- Wissen über andere Kulturen
- Sprachkompetenz
- Neugierde, Interesse, Offenheit und Verstehen wollen
- Anerkennung der Relativität von Werten
- Einfühlungsvermögen

als notwendig.

Wohlfahrt selbst beschreibt weniger das Wissen über andere Kulturen als hilfreich, als vielmehr einen „emotionalen Erfahrungsraum“ (ebd., S.149), der erst über eigene Erfahrungen und die Reflexion der unbewussten kulturellen Bezüge entstehen kann. Kognitive und emotionale Kompetenzen, wie Offenheit und Neugier erscheinen jedoch als Zugang zu Menschen aus anderen Kulturen als bessere Zugangsmöglichkeit, auch um der Gefahr zu entgehen, sein „Wissen“ anderen aufzuoktroieren (vgl. ebd.). Die Entwicklung einer *bikulturellen Identität* sieht Machleidt (2004) als maßgeblich an und sieht hier auch die professionellen Helfer gefordert, gemeinsam mit dem Betroffenen adäquate Sichtweisen und Ressourcen beider Länder in ein Ganzes zu transformieren. Dies kann nur gelingen, wenn die

Phasen des Anpassungsprozesses gemeinsam reflektiert werden und daraus die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen gestärkt werden (vgl. ebd.).

### **Fallbeispiel Fr. Z.**

Frau Z. ist 26 Jahre, entstammt einer türkischstämmigen Familie und lebt in der zweiten Generation in Deutschland. Nachdem sich ihr Verhalten seit einigen Wochen verändert hatte, nahm ihre Familie sie in ihrer Wohnung auf, um sich ihrer besser annehmen zu können. Beim Hausbesuch des KPM sind neben den Eltern auch andere Verwandte in der Wohnung. Das Gespräch wird gemeinsam mit der Klientin und deren Eltern geführt. Die Klientin ist dabei freundlich im Kontakt und schildert den Verdacht, von ihrem Mann betrogen worden zu sein und abgehört zu werden. Während des Gesprächs spricht der Vater scheinbar beiläufig auf Türkisch mit der Klientin und wendet sich nie direkt an die Mitarbeiter des KPM. Mitunter übersetzt seine Frau die Inhalte.

Es lässt sich im ersten Kontakt nicht sagen, welche der geschilderten Erlebnisse der Klientin der Realität zuzuordnen sind. Auch werden Vorbehalte der Familie gegenüber dem Mann bereits vor der Eheschließung ersichtlich. Die Mutter schildert, dass ihre Tochter bisher sehr erfolgreich ein Studium abgeschlossen habe und seither in einem Unternehmen tätig sei. Auf die Gesamtfamiliensituation angesprochen und auch aufgrund der Anwesenheit von noch zwei Schwestern und einem Bruder sowie mehreren Kindern in der Wohnung, erläutert die Mutter, dass alle in Sorge um die Schwester gekommen seien. So sei auch gewährleistet, dass sich Tag und Nacht jemand um ihre Tochter kümmern könne. Es stellt sich weiter heraus, dass alle Frauen in der Familie einen eher traditionellen Weg gegangen sind, das heißt in der Regel zu Hause sind und sich um Familie und Haushalt kümmern. Als weitere Hilfemöglichkeiten für die Klientin besprochen werden sollen, wenden sich sowohl die Mutter, als auch die Klientin immer wieder fragend an den Vater. Nach einem langen Gespräch kann sich die Klientin schließlich auf eine Behandlung innerhalb der Krisenstation des Atriumhauses bereiterklären.

Das Beispiel dient der Verdeutlichung, welchen Stellenwert die Familie bei nicht-deutschen, in diesem Falle einer türkischen Familie, einnehmen kann. Der immense Zusammenhalt, der sich auch durch die Anwesenheit zahlreicher Verwandter darstellte, war eindrücklich. Auch die Tatsache, dass der Vater als Familienoberhaupt dem Gespräch beiwohnte, jedoch nie direkt zu den Krisenhelfern sprach, war augenfällig. Da dies bereits während des Gespräches immer deutlicher wurde, konnten

auch die weiteren Handlungsschritte nur über die direkte Kommunikation mit dem Vater vereinbart werden. Erst bei einem Nachsorgegespräch mit diesem allein am nächsten Tag, befand dieser sich in der Lage, seinen Ängsten Ausdruck zu verleihen. Betrachtet man die Frauen der Familie näher, lässt sich auch hier durchaus ein traditionelles Rollenbild ausmachen. Inwiefern sich dies auf die Klientin auswirkte, die einen eher modernen Lebensstil verfolgte, wäre weiter zu beleuchten.

Die Selbstreflexion professioneller Helfer im Umgang mit Menschen aus anderen Nationen oder aber Kulturen scheint unumgänglich, im Besonderen unter Berücksichtigung Gefahr zu laufen, stereotype Erklärungsmuster für zunächst schwer nachvollziehbare Handlungen und Äußerungen Betroffener anzuwenden. Um hieraus resultierenden Tendenzen zum Rassismus entgegenzusteuern fordert Fernando (2006) eine Reform institutioneller Praktiken und Fortbildungen für die professionellen Helfer. Dabei sollten auch bestehende Klassifikations- und Behandlungsmodelle um Aspekte unterschiedlicher Anschauungen der menschlichen Psyche nichteuropäischer Kulturen erweitert werden (ebd., S. 83). Auch die Auseinandersetzung mit dem Thema Rassismus sollte Teil der täglichen Praxis darstellen und damit verbunden eine Akzeptanz der Diversifikation zu fördern.

Gavranidou (2009) beschreibt deutlich die Ressourcen, die Menschen mit Migrationshintergrund „mitbringen“ können. So bestehen durchaus auch Faktoren bzw. Eigenschaften, die Menschen mit Migrationshintergrund haben können, die die drohenden bzw. tatsächlichen Belastungen abfangen bzw. mildern können und damit gar gesundheitsförderlich sind (ebd., S. 7, vgl. Wohlfahrt 2006). Als persönliche Ressourcen können eine erhöhte Anpassungsfähigkeit, wie auch eine hohe Flexibilität und auch Mut und Optimismus genannt werden. Es darf hier nicht außer acht gelassen werden, dass viele Menschen häufig aufgrund extremer Bedingungen ihr Heimatland verlassen, sei es aufgrund von Gefahr für Leib und Leben oder materieller Not, und oftmals die Hoffnung auf Besserung mit der Migration verknüpft ist. Bei einem Teil der Menschen mit Migrationshintergrund bestehen zudem hohe familiäre Ressourcen, wie etwa Familienzusammenhalt und familiäre Unterstützung (vgl. Gavranidou 2009, S. 7). Auch Soziale Ressourcen können einen positiven Faktor darstellen und nicht selten kristallisieren sich dabei zum Teil stützende ethnische Communities heraus. Eine weitere Ressource, die häufig nicht im Blick

gerät, ist die Bilingualität bzw. häufig eine Mehrsprachigkeit und Bikulturalität. Den kulturellen Kontext und bisherige Lebenserfahrungen im Umgang mit einzubeziehen ist bedeutsam, um Resilienzmechanismen von Betroffenen erkennen zu können, bevor die westliche oder auch „dominante“ Kultur diese verdeckt (vgl., WHO 2006).

## **5. Handlungsstrategien und Maßnahmen**

Um einen transkulturelle Öffnung und Kultursensibilität innerhalb bestehender und neuer Versorgungsformen auch im Bereich der Psychiatrie zu ermöglichen, fordert Machleidt (2004) Standards und Leitlinien. 2002 wurden daher von zahlreichen deutschen psychiatrischen Vereinigungen und Gesellschaften in Zusammenarbeit mit internationalen Kollegen die *12 Sonnenberger Leitlinien* formuliert, die der Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten, wie auch der Integration von Migranten mit psychischen Störung in die Gesellschaft dienen sollen. Es ist elementar eine Diversität in Abhängigkeit des jeweiligen soziokulturellen Kontextes anzuerkennen und diese in Diagnostik und Behandlung einzubeziehen. Dabei ist es notwendig, die phänomenologische Ebene der Psychopathologie zu verlassen und auf eine weniger statische, mehr prozessorientierte, dynamische Ebene des Verstehens zu gehen (Parin 1978 in Wohlfahrt 2006, S. 152). Die Klassifikation mittels Phänomenen als Bündelung von Symptomen und die Suche nach allumfassenden Wahrheiten und Theorien und Diagnosen scheint einer transkulturellen Psychiatrie nicht zu gelingen. Zu häufig können westliche Erklärungsmomente nicht für andere Kulturen angewandt werden. Nadig (2002 in Wohlfahrt) fordert daher in der psychiatrischen Praxis, „sich Praktiken, Prozessen, Diskursen und partiellen Wahrheiten hinzuwenden und auch ein momentanes Nicht-Verstehen aushaltbar werden lassen, ohne in eine professionelle Unsicherheit zu geraten“. (ebd., S.153).

Im Bereich der Schizophrenie stellen Haase et al. (2005) Leitlinien auf. So treten sie unter anderem dafür ein, psychotische Störungen nicht unmittelbar einer schizophrenen Störung zuzuschreiben, sondern auch Angststörungen, Depressionen, PTSD, wie auch andere Störungen in Betracht zu ziehen (ebd., S. 150). Weiter sollten paranoide Gedanken auf einen realen Hintergrund untersucht werden, nicht nur im Hinblick auf belastende Ereignissen und Erlebnisse in der



Vergangenheit, sondern auch im Bezug auf die aktuelle Lebenssituation in Deutschland, in der es mitunter zu realen rassistischen Vorurteilen kommt (ebd.).

Kultur wird in einer Gruppe gebildet und gestaltet und ist Prozessen unterworfen, gleichwohl alle Kulturen durch Globalisierungsprozesse, wie auch Migrationsbewegungen Veränderungen unterworfen sind. Beide Aspekte sollten innerhalb der interkulturellen Tätigkeit nicht außer acht gelassen werden (vgl. Wohlfahrt). Die laufenden Veränderungen führen auch dazu, dass ethische und kulturelle Prozesse nicht mehr nur innerhalb einer fest bestehenden, regional auszumachenden Gruppe mit einer gemeinsamen Sprache darstellen, sondern, dass diese Prozesse auch in den Ländern bestehen, in welche Migranten ihr neues soziales Umfeld haben. Westliche Kulturen sind eng mit der Selbstverwirklichung und einer starken Betonung des Individuums verbunden, während nicht westliche Kulturen häufig persönliche Eigenschaften, wie etwa Gehorsam und Loyalität in den Vordergrund stellen (vgl. Yilmaz 2006). Soziale Beziehungen und die jeweilige soziale Rolle können daher einen bedeutenden Stellenwert für die Menschen einnehmen, wie auch die Erfüllung ebendieser Anforderungen. Besondere Gefährdungsmomente können sich bei den Betroffenen einstellen, wenn sie diesen Anforderungen nicht mehr gerecht werden können. Dies führt oftmals zu Schuld- und Schamgefühlen (vgl. ebd., S. 280). Die westliche Ausrichtung der Therapiekonzepte, die das Individuum in einer exponierten Rolle betrachten, können bei Menschen aus anderen Kulturen als Gefahr erlebt werden. Bedeutend kann daher der Blick auf Familie der Betroffenen sein, da diese häufig Entscheidungsprozesse maßgeblich beeinflusst<sup>11</sup>. Da sich Migration meist nicht nur im sozialen Kontext, sondern auch im familiären Kontext gestaltet, sollte gerade hieran gearbeitet werden. Daher gilt es Familienangehörige in den Prozess der Gestaltung von Biculturalität zu integrieren und gemeinsam an den Anpassungsprozessen und der kulturellen Vielfalt einzubeziehen. Dies gilt insbesondere bei Aspekten der Geschlechterrollenverteilung und generativen Konflikten (Machleidt 2004).

Özbek et al. (2006) beschreiben einen transkulturellen Übergangsraum als Instrument innerhalb einer therapeutischen Begegnung. Dieser stellt symbolisch dar, inwieweit die Betroffenen zwar äußerlich im neuen Land angekommen sind, jedoch innerlich den Wechsel und die Trennung erst nach und nach begreifen und für sich

---

<sup>11</sup> Familien sind häufig nach Alter und Geschlecht hierarchisch strukturiert (vgl. ebd).

gestalten. Diese Diskrepanz gemeinsam zu erarbeiten erfordert sicherlich Zeit, bietet jedoch eine Chance, den Prozess intensiver zu beleuchten und Ressourcen gezielt zu aktivieren (vgl. ebd.). Auch nach Sluzki (2006) ist es für die professionellen Helfer durchaus ratsam Betroffene mit Migrationshintergrund auf die die damit oftmals verbundenen Belastungen anzusprechen und daraus resultierende Beschwerden als verständlich und häufig auftretend zu thematisieren (ebd., S.113). Dabei soll eine Depathologisierung ermöglicht werden, um im weiteren Verlauf gezielte Interventionen einzuleiten.

### **5.1. Krisenintervention bei MigrantInnen**

Nach Yilmaz (2006) kann bereits der Migrationsprozess zu akuten Überforderungen führen, die sich in persönlichen und/oder familiären Krisen widerspiegeln können (ebd., S. 280). Er sieht auch aufgrund des kulturellen Hintergrunds der Betroffenen eine besondere Anforderung an die Krisenhelfer, da eine Nichtbeachtung dieses Hintergrundes die Gefahr einer ineffektiven Krisenintervention und möglicherweise einer Chronifizierung oder aber Psychiatisierung besteht (vgl. ebd.). Wie Wohlfahrt (2006) kommt er dabei zu dem Schluss, dass westliche Therapiekonzepte, die auf starren Klassifikationen basieren, durch interkulturelle Konzepte erweitert bzw. ersetzt werden müssen. Er nennt die Gegenübertragung des Helfers im Hinblick auf die Kultur des Betroffenen als entscheidend und Toleranz scheint ihm als nicht ausreichend, dieser zu begegnen. Vielmehr sieht er Respekt gegenüber der Kultur des Anderen als Prämisse. Auch in der Krisenintervention sollten diese Aspekte beachtet werden, wie auch die Einbettung in das familiäre System. Denn häufig kann es gerade hierin zu Loyalitätskonflikten kommen und der Krisenhelfer wird dabei meist als Fremdintervention erlebt, die auch zu Rivalitätsgefühlen der Autoritätspersonen führen kann (vgl. ebd.).

### **5.2. Dolmetscherdienste – Sprach-und Kulturmittler**

Gleichwohl die sprachliche Verständigung innerhalb der transkulturellen Psychiatrie als einer der bedeutendsten Aspekte betrachtet wird, unterliegt die Versorgung mit Dolmetschern innerhalb Deutschlands keiner einheitlichen Regelung und es werden von keiner Seite ausreichende finanzielle Mittel für Dolmetscherdienste zur

Verfügung gestellt. (vgl. Salman 2003)<sup>12</sup>. Gemeindedolmetschen, *Community interpreting*, impliziert dabei nicht nur das Dolmetschen der jeweiligen Sprachen, sondern zudem kulturelle Verständigung und effektive Hilfe.

Kluge (2006) verwendet den Begriff der Dolmetscher synonym für den Begriff der *Sprach- und Kulturvermittler*, wobei die zweite Version deutlicher auf die besonderen Anforderungen an diese verdeutlicht. So reicht es nach Kluge nicht aus, nur die jeweilige Sprache übersetzt zu wissen, sondern geht es eben auch um Experten, die über spezifisches kulturelles Wissen vermögen, um möglicherweise kulturell bedingte Differenzen und Missverständnisse zu vermeiden (ebd., S. 179). Die Bereitstellung von mehrsprachigen Helfern ist in der Realität jedoch im akuten Bedarfsfall kaum möglich.

## **Abschluss**

Niedrigschwellige Angebote die kultursensibel tätig sind, stellen eine große Herausforderung dar, sind jedoch nach dargestelltem Kenntnisstand unerlässlich. Die Kultursensibilität sollte sich dabei mit unterschiedlichen Aspekten auseinandersetzen und eine positive Haltung gegenüber körperlichen Beschwerden, wie auch der Heterogenität der möglichen Persönlichkeitskonzepte und eventuell bestehender Somatisierungstendenzen Rechnung tragen (vgl. Kraus 2006).

Gleichwohl durch unterschiedliche Studien für bestimmte Kulturen ein übergeordnetes Verständnis von Krankheit erhoben werden konnte, werden die professionellen Helfer oftmals an Grenzen stoßen. Selten wird es innerhalb der akuten Krisenintervention der Realität entsprechen, dass die jeweiligen Helfer vor Ort über das entsprechende Wissen verfügen. Daher können und sollten diese, sich an generellen kultursensiblen Aspekten und Interventionsmöglichkeiten orientieren. Der hierbei vorrangig offene Umgangsstil mit Affekten und deren Darstellung, kann dabei einerseits auf Menschen aus anderen Kulturen nicht eins zu eins übertragen werden und stellt andererseits keine hinreichende Gesundheitsförderung dar (vgl. Kraus 2006, S. 374).

---

<sup>12</sup> Das in München ansässige *Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V.* ist nach Salman (2003) ein begrüßenswerter Beginn, Gemeindedolmetscherdienste mit spezialisierter Fachkompetenz zu etablieren und bietet zum jetzigen Zeitpunkt die Möglichkeit in 56 Sprachen zu dolmetschen, wird jedoch auch nicht über die Krankenkassen finanziert.

Im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen besteht keine gemeinsame Alltagswirklichkeit und Historizität oder aber es können deutliche Unterschiede bestehen. Neben der Einbeziehung von muttersprachlichen Dolmetschern ist es daher wichtig, die potentielle Diversität in vielen elementaren Lebensbereichen zu integrieren. Diese Unterschiede können nur im gemeinsamen Gespräch erarbeitet werden, stereotype Zuordnungen, etwa in spezifische Länderzugehörigkeit, können als problematisch betrachtet werden (vgl. Wohlfahrt 2006). Es gilt daher, eine Bereitschaft zu entwickeln, benachteiligte Gruppen anzuerkennen, was wiederum nur durch wechselseitiges Verstehen und Erklären umsetzbar sein wird. Diese Prozesse können nur gestützt durch die Aktivitäten zivilgesellschaftlicher Institutionen und durch die Verbesserung der transkulturellen Kompetenz der Aufnahmegesellschaft gelingen. Das bedeutet, Transkulturalität als ganzheitliche Aufgabe zu betrachten, die in Besondere Maße politisch und soziologisch gedacht und umgesetzt werden muss (Novikov 2005, S. 99). Es besteht oftmals ein kulturell bedingtes Verständnis von Krankheiten, sowohl von Entstehung, Verlauf und Heilung und bereits in der Definition, was eine Krankheit ausmacht, findet sich kein übergreifender Konsens (vgl. Haase et al. 2005, S. 147). Haasen et al. (2005) fordern bei der Fortentwicklung der Transkulturellen Psychiatrie eine gegenseitige Ergänzung zwischen denjenigen, wie psychische Störungen als dem kulturellen Kontext entspringend betrachten und denjenigen, die eine einheitliche und kulturübergreifende Erklärungsperspektive verfolgen, um daraus auf die weltweit anwachsende Migrationsbewegung zu reagieren.

Machleidt (2003) fordert die kulturelle Kompetenz mittels gezielter Fort- und Weiterbildungen aller Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialsystem stetig zu erweitern (vgl. ebd.), um kulturell bedingte Vorurteile oder Missverständnisse, unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, von gesellschaftlichen und sozialen Rollen und weitere andere Aspekte näher zu beleuchten und zu bearbeiten. Auch Heise (2005) kommt zu dem Schluss, dass eine menschliche und kulturgerechte Versorgung von Migranten mit psychischen Störungen gelingt, wenn die professionellen Helfer sensibilisiert und geschult werden (vgl. ebd.). Neben der objektiv vorherrschenden Psychopathologie spielt zumeist auch die subjektive Wahrnehmung der professionellen Helfer eine Rolle, die auch immer eingebettet ist, in den sozialen und kulturellen Hintergrund, wie auch eigene soziobiografische Faktoren (Haasen et al. 2005). Diese Aspekte und zudem eine Sensibilität für

kulturelle Einflüsse ist unabdingbare Grundlage für alle professionellen Helfer (vgl. Koch 2005).

Assion (2005) fordert wie auch Machleidt (2004) multikulturelle Behandlungsteams<sup>13</sup> und eine Verbesserung des Angebots von Dolmetscherdiensten (vgl. ebd.). Jedoch ist es oftmals problematisch, so auch in München, für den Akutfall schnell auf andere Hilfen zuzugreifen. Neben zuvor beschriebenen Möglichkeiten Betroffenen mit Migrationshintergrund zu helfen, wird sich daher nicht immer ein Dolmetscher oder ein Kulturvermittler hinzuziehen lassen. Auch werden professionelle Helfer mit ihrem eigenen Wissen über die Kultur der Betroffenen an ihre Grenzen stoßen. Daher sollten Fragen nach unterschiedlichen Normen, etwa im Bereich der Geschlechterrollen, der Familienhierarchie oder Kindererziehung direkt angesprochen werden. Nur mittels einer verständnisvollen und offenen Kommunikation werden hilfreiche bzw. belastende Faktoren gemeinsam erarbeitet. Eine empathische, aber auch neutrale Grundhaltung des Helfers verhindert, eigene Konnotationen zum Geschilderten bzw. zur jeweiligen Lebensgestaltung oder Sitte außen vor zu lassen (Sluzki 2006). Gerade bei einer „Anteil nehmenden und wohlwollenden Neugier“ (ebd., S. 120) ist es wichtig, kulturelle Unterschiede und Übersetzungsschwierigkeiten anzusprechen (Hegemann 2006).

---

<sup>13</sup> vgl. auch Sonnenberger Leitlinien

## Literaturverzeichnis

- Assion, H. J. (2005): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Brucks, U. in Hegemann, T., Salman, R. (Hrsg.) (2001): Transkulturelle Psychiatrie. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Fernando, S. Hegemann, T., Salman, R. (Hrsg.) (2001): Transkulturelle Psychiatrie. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Hegemann, T. in Hegemann, T., Salman, R. (Hrsg.) (2001): Transkulturelle Psychiatrie. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Heinz, A. in Wohlfahrt, E., Zaumseil, M. (2006): Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Heise, T. in Assion, H. J. (Hrsg.) (2005): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Kluge, U. in Wohlfahrt, E., Zaumseil, M. (Hrsg.) (2006): Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Koch, E. in Assion, H. J. (Hrsg.) (2005): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Kraus, M. in Wohlfahrt, E., Zaumseil, M. (Hrsg.) (2006): Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Krause, I. B. in Hegemann, T., Salman, R. (Hrsg.) (2001): Transkulturelle Psychiatrie. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Littlewood, R. in Hegemann, T., Salman, R. (Hrsg.) (2001): Transkulturelle Psychiatrie. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Machleidt, W. in Assion, H. J. (Hrsg.) (2005): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Nadig, M. in Wohlfahrt, E., Zaumseil, M. (Hrsg.) (2006): Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Novikov, J. in Assion, H. J. (Hrsg.) (2005): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Haasen C. in Assion, H. J. (Hrsg.) (2005): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Özbek, T. in Wohlfahrt, Zaumseil, M. (Hrsg.) (2006): Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

- Wohlfahrt, E. (2006): Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Yilmaz, A. T. in Wohlfahrt, E., Zaumseil, M. (Hrsg.) (2006): Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Zaumseil, M. (2006): Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

### Internetquellen:

- Münchner Statistik: [http://www.mstatistik-muenchen.de/themen/bevoelkerung/berichte/berichte\\_2008/mb080302.pdf](http://www.mstatistik-muenchen.de/themen/bevoelkerung/berichte/berichte_2008/mb080302.pdf) (Stand 11.01.2010)
- Gavranidou, M.: [http://www.akf-info.de/uploads/media/Gavranidou\\_AKF-Beitrag\\_2009.pdf](http://www.akf-info.de/uploads/media/Gavranidou_AKF-Beitrag_2009.pdf) (Stand 11.01.2010)
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: [http://www.bamf.de/clin\\_101/nn\\_441880/DE/Migration/Forschung/forschung-node.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bamf.de/clin_101/nn_441880/DE/Migration/Forschung/forschung-node.html?__nnn=true) (Stand 11.01.2010)
- Jahresbericht Transkulturelle Suchtambulanz Bonn: [http://www.psychiatrie.de/data/downloads/3b/00/00/Beitrag\\_Machleidt.pdf](http://www.psychiatrie.de/data/downloads/3b/00/00/Beitrag_Machleidt.pdf) (Stand 11.01.2010)
- Fachtagung Gesunde Integration: [http://www.psychiatrie.de/data/downloads/38/00/00/Beitrag\\_Salman.pdf](http://www.psychiatrie.de/data/downloads/38/00/00/Beitrag_Salman.pdf) (Stand 11.01.2010)
- Systemmagazin: [http://www.systemmagazin.de/bibliothek/texte/hegemann\\_interkulturelle\\_kompetenz.pdf](http://www.systemmagazin.de/bibliothek/texte/hegemann_interkulturelle_kompetenz.pdf) (Stand 11.01.2010)

## Erklärung nach §31 Abs.5 Rapo

Hiermit erkläre ich, dass ich die Arbeit selbständig verfasst, noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benützt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.

München, im Mai 2010

Stephanie Lerf