Kultursensible therapeutische Strategien der Behandlung von Migranten mit seelischen Erkrankungen

PD Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess

Zentrum für Transkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie Klinikum Wahrendorff, Hannover

AG Soziale und Transkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie Medizinische Hochschule Hannover

Alzey, 11. November 2015



Agenda

- Vorbemerkungen
- Risikofaktor Migration: Seelische Gesundheit von Migranten
- Herausforderung Akkulturation
- Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen durch Migranten
- Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung
- Zentrum Transkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie
- Therapeutische Implikationen



Brennpunkt Migration



www.uno-fluechtlingshilfe.de



Vorbemerkungen

Migration und Kultur: Mehr Fragen als Antworten...

- Postmigrantische Gesellschaft
- Dynamisierung des Begriffs Kultur
- Vielfalt der Möglichkeiten von Akkulturation
 - Hybride Identitäten
 - ✓ Plurale Zugehörigkeiten
- Clash of cultures
 - ✓ Latenter Rassismus
- Kulturelle Zugehörigkeit



Risikofaktor Migration: Seelische Gesundheit von Migranten





Seelische Gesundheit von Migranten

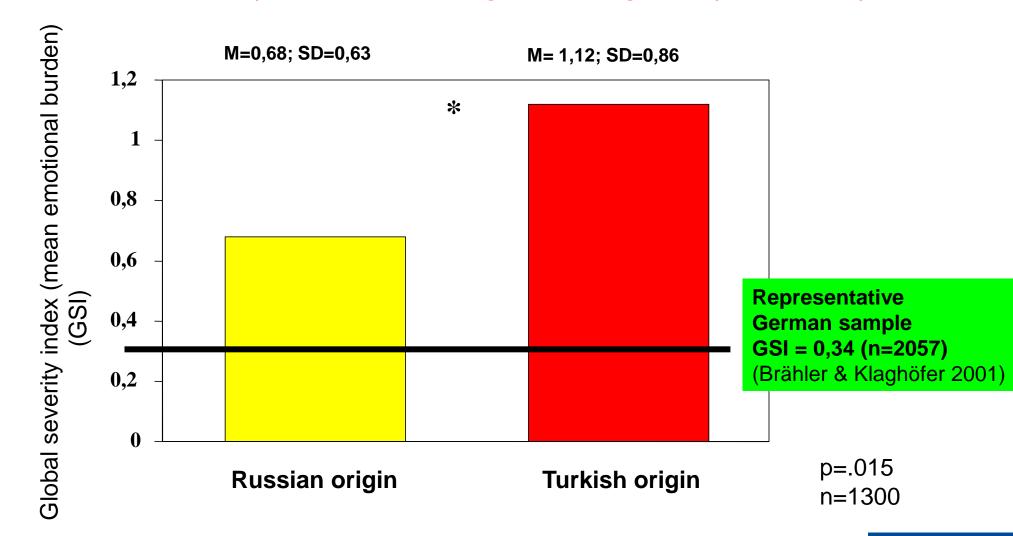
Migration als zusätzliche Entwicklungsaufgabe

- Untersuchungen an einer repräsentativen Stichprobe der Allgemeinbevölkerung in Deutschland (Glaesmer et al 2009)
 - ✓ Migranten bei Berücksichtigung des sozioökonomischen Status durch spezifische **Vulnerabilität** gekennzeichnet.
- Hinweise auf erheblichen Einfluss migrationsspezifischer bzw. –assoziierter Belastungen auf psychische und körperliche Gesundheit, z. B. Diskriminierungserleben (Knischewitzki et al 2013; Igel et al 2010)
 - ✓ Unabhängige Prädiktoren für subjektive Gesundheit, Relevanz der Einflussfaktoren variiert hinsichtlich Herkunft und Geschlecht.
- Belastete Subgruppen: z. B. Asylsuchende, Flüchtlinge, traumatisierte Migranten etc.



Psychische Belastung gesunder Migranten (SCL-9K)

BMBF-Study Hannover: "With migrants for migrants" (Bondar 2007)





Risikofaktor Migration - Beispiel Schizophrenie

A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants (Bourque et al 2011)

- Populationsbasierte Studien in jüngerer Zeit: wachsende Evidenz für erhöhte Inzidenz für Schizophrenie bei Migranten 1. und 2. Generation (Cantor-G. & Selten 2005, Fearon et al 2006, Coid et al 2009, Bourque et al 2011, Cantor-G. & Pedersen 2007)
- Ursachen noch unklar: z. B. social stress, da besonders hohe Inzidenzraten für Schizophrenie bei dunkelhäutigen Migranten
 - ✓ <u>Kein</u> Unterschied zwischen 1. und 2. Generation; konsistente Ergebnisse für erhöhte Inzidenzraten für Schizophrenie in diversen Migrantengruppen
- Stressvolle Erfahrungen im Zusammenhang mit Migration und postmigratorischen Aspekten des sozialen Kontext: Auslöser für Ausbruch der Erkrankung in prädisponierten Individuen!



Risikofaktor Migration – Psychiatric disorders

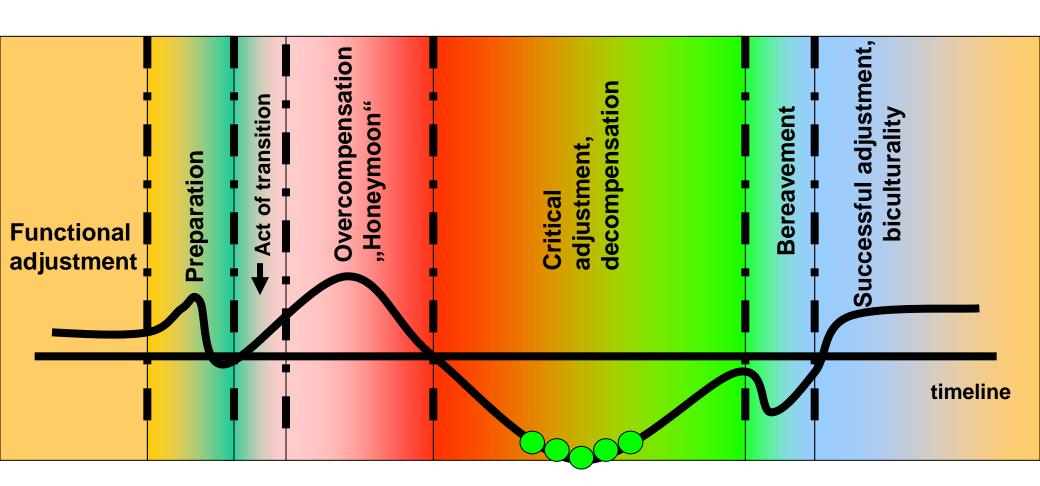
Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration (Cantor-G. & Pedersen 2013)

- Alle Kategorien mit Migrationshintergrund: assoziiert mit erhöhtem Risiko für mindestens eine psychiatrische Erkrankung!
- Migranten 1. und 2. Generation mit <u>zwei</u> im Ausland geborenen Elternteilen: signifikant erhöhte Inzidenzrate für Schizophrenie mit ähnlichen Werten
- Migranten 2. Generation mit <u>einem</u> im Ausland geborenen Elternteil: signifikant erhöhte Inzidenzrate für irgendeine psychische Störung



Migration als Prozess

(Machleidt & Calliess 2004 [modified after Sluzki 2001])





Psychische Belastung von Migranten I

Einflussfaktoren (a)

- Selbstkonzept: Independent/interdependent/relational (Markus & Kitayama 1991, Sedikides & Brewer 2001, Singelis 2006, Balkir et al 2013)
- Locus of control: Externaler locus of control kann positiven Effekt haben bei der Bewältigung migrationsbedingter Anforderungen, da Wahrnehmungen weniger bedrohlich sind (Bhugra 2004)
- Motive der Migration (kogn. Attribuierung): freiwillig vs. unfreiwillig (Hovey 2000)
- Ethnische Identität (Bhui et al 2005, 2008; Dein & Bhui 2013)
 - Ausmass der Identifikation mit dem kulturellen Erbe (de Wit et al 2008, Taloyan et al 2011)
 - ✓ Bedeutung ethnischer Identität für Risiko einer Depression hängt von Natur der Herausforderung ab: z. B. Diskriminierung vs. Spracherwerb (Beiser & Hou 2006)



Psychische Belastung von Migranten II

Einflussfaktoren (b)

- Gender: Höhere Belastung

 Gender: Höhere Belastung

 Generation (Morawa & Erim 2014, Sieberer et al 2011, Shaw et al 1999)
- Familiäre und soziale Rollen: Rollenkonfusion/-konflikten, Veränderung der Familiendynamik durch Zunahme kulturell inkongruenter Stressoren (Kirmayer et al 2011)
- Soziale Unterstützung: Verlust protektiver kulturvermittelter sozialer Ressourcen (Hwang & Myers 2007, Borwick et al 2013, Bak-Klimek et al 2014, Salinero-Fort et al 2014)
- Charakteristika der Ursprungs- und Gastgesellschaft: individualistisch vs. kollektivistisch (Hofstede 1980), protektiver Effekt traditoneller Werte (Colla et al 2006)
- Ethnische Minorität: Status als ethnische Minorität (Rassismus, "social drift") (Levecque & Van Rossem 2014, Byrskog et al 2014, Morawa & Erim 2013); Einfluss des Status ethnischer Minorität auf Risiko einer Depression abhängig von Alter, Geschlecht und sozialem Status (Clarke 2007)

Psychische Belastung von Migranten III

Einflussfaktoren (c)

- Migrationsassoziierte Faktoren: Krieg, Folter, Vertreibung, politische Verfolgung, Naturkatastrophen etc (Leavey et al 2007)
- Sozioökonomischer Status: Wohn- und Arbeitssituation,
 Bildung und Einkommen (Baron-Epel & Kaplan 2009)
- Spracherwerb: Korrelation zwischen Depressivität und Sprachkompetenz (Ding & Hargraves 2009, Wiking et al 2004; anders Mehrbach at al 2008, Haasen & Sardashti 2000)
- Juristische und politische Aspekte: Ausländergesetz, Aufenthaltsstatus und -länge, Zuwanderungspolitik etc. (Heeren et al 2014, Warfa et al 2012)
- Gesellschaftliche Aspekte: Haltung der Gastgesellschaft gegenüber Fremden (multikulturell vs. assimilativ) (Hovey 2000, Kirmayer et al 2011)



Konsequenzen

Well-Being

- Interdependenzen von Migration, Ethnizität und Kultur einerseits sowie sozialem Kontext und sozioökonomischem Status andererseits weiterhin unklar (Bourque et al 2012, Laban & Dijk 2013)
- Hinweise aus Studien zu Psychose-Risiko, dass postmigratorische Einflussfaktoren bedeutsamer sind als prämigratorische! (Meta-Analyse Bourque 2011)
- Neuer Fokus: salutogenetische Perspektive
 - ✓ Faktoren: v. a. interpersonelle Beziehungen, persönliche Werte, Zukunftsperspektiven, Spiritualität (Borwick et al 2013)
- ✓ **Dispositionelle Faktoren** (Optimismus, Selbstwert) starker Einfluss **vs. umgebungsbedingte Faktoren** (Einkommen, Aufenthaltslänge) geringer Einfluss (Bak-Klimek et al 2014)



Herausforderung Akkulturation





Akkulturation und psychische Belastung

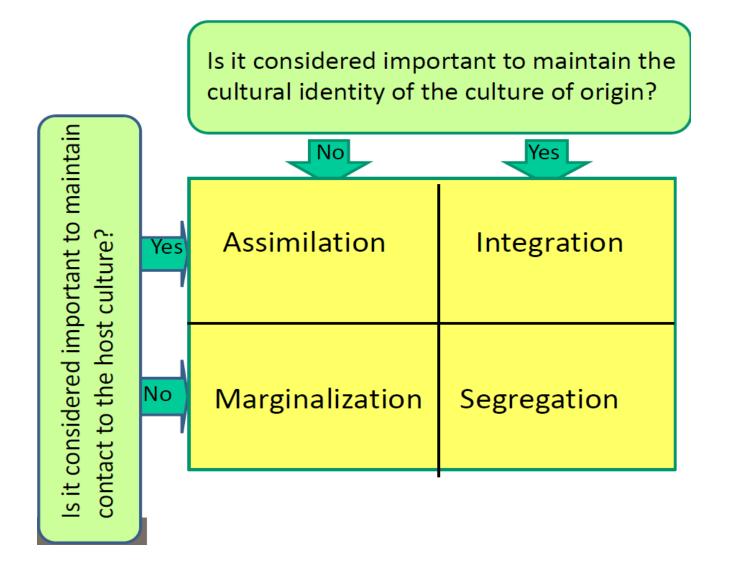
Inzidenz seelischer Erkrankungen – zunehmende Evidenz für Bedeutsamkeit folgender Faktoren

- Racial discrimination (Ornelas et al 2011: Depressivität, Perez-Rodriguez 2014: Suizidalität, Abebe et al 2014: mental illness, Levecque & Van Rossem 2014: Depressivität)
- Social defeat (Laban & van Dijk 2013, Bromand et al 2012: mental distress, Warfa et al 2012: seelische Belastung)
- Ethnic density (Laban & van Dijk 2013: generell)
- Social integration (Teodorescu et al 2012: Depressivität, Letieqc et al 2013: Depressivität, Bourque et al 2011: Psychose)
- Problems with acculturation (Tahira & Agius 2012: Psychose, Scarpinati Rosso & Bäärnhielm 2012, Miller et al 2013: Depressivität, Taloyan et al 2011)
- Acculturative stress (Borges et al 2009: Depressivität, DeVylder et al 2013: Psychose, Abebe et al 2014: mental illness)



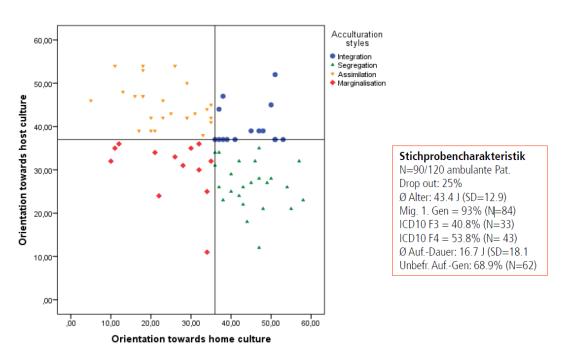
Akkulturationsstile

(Berry 1997, Hovey 2000)





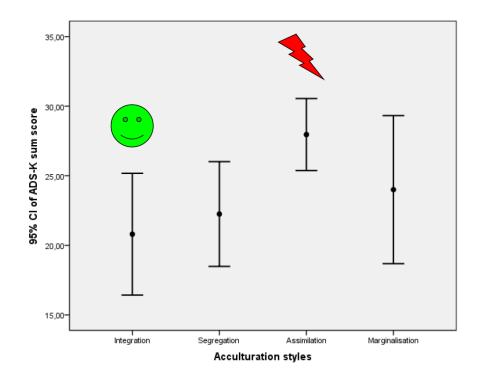
Akkulturationsstile als Risikofaktoren für Depressivität (a) (Behrens, del Pozo, Sieberer & Calliess 2015)



Scatter plot (median split): Klassifikation der Patienten gemäß der vier Akkulturationsstile nach Berry (1997) [missing 14.4% (N=13)]



Akkulturationsstile als Risikofaktoren für Depressivität (b) (Behrens, del Pozo, Sieberer & Calliess 2015)



Klinische Depression CES-D > 15 = 84.4% (N=76) Ø sum score = 24.3; SD = 8.6. Min = 4, Max = 40, Median = 25. ANOVA F=3.29; p=0.025

Einfluss der verschiedenen Akkulturationsstile auf das Ausmass depressiver Symptome (95% KI des Mittelwerts der CES-D)



Inanspruchnahme psychiatrischpsychotherapeutischer Hilfen durch Migranten

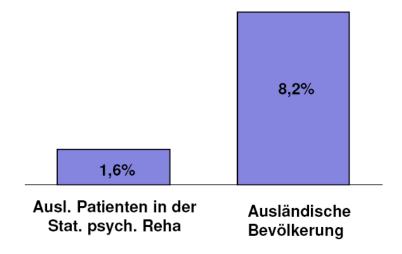




Inanspruchnahme I

Stationäre psychosomatische Rehabilitation





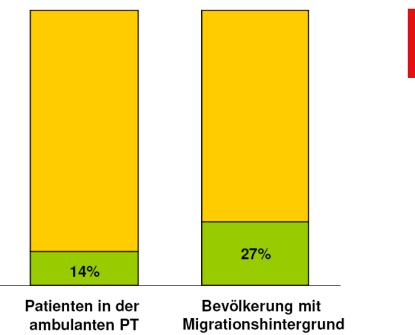
Quelle: Mösko, Pradel, Schulz (2011)



Inanspruchnahme II

Ambulante psychotherapeutische Versorgung







Quelle: Mösko, Gil-Martinez, Schulz (2013)



Inanspruchnahme III

Deutschland

- Migranten generell in psychotherapeutischen Einrichtungen unterrepräsentiert: 4-5% (Koch et al 2010)
- Türkische Migranten in psychosomatischer Rehabilitation (Göbber et al 2010)
 - ✓ schlechtere Kontextfaktoren (längere AU, passivere Behandlungserwartung, höhere Rentenorientierung)
 - ✓ mehr psychische und somatische Störungen
 - ✓ schlechtere Behandlungsergebnisse
- Migrantinnen
 - ✓ schlechtere Gesundheit (Gerritsen & Deville 2009), v. a. türkische (David & Borde 2000, Woellert et al 2009)
 - ✓ ↑ Risiko für Hospitalisierung (Lurie 2009)
 - ✓ höhere Bereitschaft, vorstationäres Angebot aufzusuchen (Gerritsen & Deville 2009, Mewes et al 2010)



Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme

1. Krankheits-Erklärungsmodelle

- ✓ Konzept der seelischen Erkrankung
- alternative Heilmethoden insbes. im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich

2. Interkultureller Erstkontakt

- ✓ Irritation des Fremden
- ✓ Individualistische vs. kollektivistische Kulturen

3. Sprachkenntnisse

Hinweise in Muttersprache (Aichberger et al 2010)

4. Akkulturation

- ✓ Health literacy Segregierte Migrantinnen fühlen sich weniger gut informiert (Aichberger et al 2010)
- Einstellung gegenüber Psychotherapie (Calliess et al 2007)

5. Interkulturelle Öffnung (Schouler-Ocak, Graef-Calliess et al 2015)

6. Administrative Aspekte

Asylbewerberleistungsgesetz



Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten





Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung

Aktuelle Situation

- Integration von Migranten in die Regelversorgung
 - ✓ Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems (Assion & Graef-Calliess, Nervenheilkunde 2014)

Spezialangebote

- ✓ Muttersprachliche Ambulanzen
- ✓ Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer
- ✓ Spezifische stationäre Settings in der psychosomatischen Rehabilitation, z. B. für russischsprachige Migranten (Sucht)



Versorgungsrelevante Symptome, Diagnosen und Verhaltensweisen bei Migranten

In der Literatur in Deutschland am häufigsten untersucht

- Depression
- Psychosomatische Erkrankungen
- PTSD
- Suizidalität

→ vor allem bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, auch und vor allem bei Frauen



Depression I

Einfluss von Ethnizität und Migrationshintergrund auf Symptompräsentation

- Diversität individueller Erklärungsmodelle
 - ✓ Depression als Krankheitsentität ist ein Konstrukt der westlichen Kultur (Lehti et al 2010) – Kraepelin, Java 1904 (Sartorius 1986)
 - ✓ Cave Fehldiagnosen
 - ✓ Prävalenz: hohe Variabilität bezüglich affektiver Erkrankungen über Länder und ethnische Gruppen hinweg (de Wit et al 2008)
- Leib-Seele-Dichotomie (Halbreich et al 2007)
 - ✓ "Organsprache" (v. a. Entwickelungsländer) vs. emotionspsychologische Begrifflichkeit
 - ✓ Depressive türkische Migrantinnen höhere Prävalenz als Türkinnen in der Türkei für (Deisenhammer et al 2012)
 - a. somatische Symptome
 - b. Schmerzen (Kopf, Rücken) und trockener Mund



Depression II

Einfluss von Ethnizität und Migrationshintergrund auf Symptompräsentation

- Dysphorie (Kerkenaar et al 2013)
 - ✓ Frauen 1. + 2. Generation aus Osteuropa haben signifikant höhere Prävalenzen für dysphorische Störungen (Angst und Depression)
- Pseudo-Halluzinationen (Machleidt & Calliess 2011)
 - ✓ Sehen und Hören von Verstorbenen (u. a. im muslimischen Kulturkreis)
- Transkulturell ubiquitäre Kernsymptome (Jablensky et al. 1981)
 - ✓ Vitale Traurigkeit, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, Energielosigkeit, Angst, Konzentrationsstörungen, Insuffizienzgefühle
 - ✓ Depressive Wahnthemen v. a. in Europa, USA (Schuld, Verarmung); seltener in Entwicklungsländern (Körperstörungen, Verfolgung)
 - ✓ Psychomotorische Unruhe v. a. im Mittleren Osten



Psychosomatische Erkrankungen I

Tendenz zur Somatisierung (Kirmayer & Young 1998)

- Jahresprävalenz für somatoforme Störungen in Deutschland laut Bundesgesundheitssurvey
 - √ 10 % bei Einheimischen, 20 % bei Migranten
- Signifikanter Zusammenhang zwischen kulturellem Hintergrund und Ausprägungsgrad (Escobar & Gureje 2007)
 - ✓ Stark betroffen Menschen türkischer und russischer Herkunft, weniger betroffen italienischer und spanischer Herkunft (Bermejo et al 2012)
 - ✓ Interkulturell differente Symptomgestaltung, z. B. "Überbetonung" von Symptomen bei türkischen vs. britischen Patienten (Ulusahin et al 1994)
- Gesundheitsbez. Kontrollüberzeugungen (Bermejo et al 2012)
 - ✓ Italienische und russische Herkunft: eher internal
 - ✓ Spanische Herkunft: eher fatalistisch
 - ✓ Türkische Herkunft: 2-geteilt, internal und external



Psychosomatische Erkrankungen II

Migrantinnen > Migranten

- Migrantinnen aus der Türkei, Osteuropa und der ehemaligen Sowjetunion: unabhängig von der Ethnie mehr somatoforme Beschwerden als Migranten (Mewes et al 2010)
- Somatoforme Störungen bei türkischen Migrantinnen häufigste psychiatrische Diagnose (Erim 2011)
- Ursachen für hohe Prävalenzen weniger kulturell bedingt, sondern eher aufgrund von <u>Migrationsstress</u>
 - ✓ Verlust, ökonomische und soziale Benachteiligungen, Grad der Integration
- Wohlfühlen in Deutschland erklärt am meisten Varianz (Bermejo et al 2012)
 - # vs. 50 % türkischer Herkunft Heiratsmigranten (Erim et al 2009)



Suizidalität

Erhöhte Rate an Suizidversuchen

- In erster Linie junge, türkische Migrantinnen 2. Generation
- Ursachen v. a. <u>psychosoziale Faktoren</u>, weniger psychische Störungen
- Assoziierte Probleme (Montesinos et al 2010)
 - ✓ Generationskonflikte zwischen Eltern und Töchtern, weibliche Rolle in hierarchischen familiären Strukturen, Over-controlled life (Einschränkung von Freiheit und Mobilität)
 - ✓ Gewalt / Konflikte in Partnerschaft
 - ✓ Lösung von Werten aus der Ursprungskultur
 - √ Höhere akkulturative Belastungseinschätzung
- Suizidale türkische Migranten leben in Partnerschaft/Familie
 - # In westlichen Ländern sozial isoliert (Yilmaz & Riecher-Rössler 2012)



PTSD

Prävalenz variiert je nach Studie und Stichprobe

- Glaesmer et al (2009): nicht-klinische Studie an einer repräsentativen <u>Bevölkerungsstichprobe</u> (n=2510)
 - ✓ PHQ (depressive Störungen, somatoforme Beschwerden, generalisierte Angststörungen); PDS (Posttraumatische Belastungsstörungen)
- Im Gegensatz zur deutschen Teilstichprobe in der parallelisierten Vergleichsstichprobe <u>keine signifikant höhere</u> Prävalenz der PTSD
 - ≠ Auch gut integrierte Migranten geraten signifikant häufiger mit kriegsbezogenen traumatischen Ereignissen in Kontakt:
 - √ 33,6 % der Migranten, aber nur 22,4 % aller Deutschen, haben mindestens ein potenziell traumatisierendes Ereignis erlebt.



PTSD bei Asylanten und Flüchtlingen

Review klinischer Studien

(Lindert et al 2008)

- ✓ systematische Analyse von in EM-BASE und MEDLINE im Zeitraum von 1994 ± 2007 veröffentlichten Originalien
- Prävalenzraten bei Migranten
 - für Depressivität zwischen 5% und 59%,
 - 2. für Angst zwischen 6% bis 47%
 - 3. für PTSD bei **30,4 %**
- Prävalenzraten bei Flüchtlingen und Asylbewerbern
 - 1. für Depressivität zwischen 3% und 81%
 - 2. für Angst zwischen 5% bis 90%
 - 3. für PTSD 4% bis **68%**



PTSD in transkultureller Perspektive

Differentialdiagnostik (Calliess & Machleidt 2003)

- Persönlichkeitsstörung
 - ✓ Tiefes Misstrauen gegenüber Psychiatrie als Projektion verfolgender Erfahrungen im Heimatland auf Untersucher und negative Erlebnisse mit dt. Behörden (Henningsen 2003)
- Verzögertes posttraumatisches Belastungssyndrom
 - ✓ Früheres Erlebnis bedingt durch Wiederholung von Komponenten der traumatischen Situation oder durch Lebenskrisen – erhält nachträglich existentiell bedrohliche Bedeutung; DD Anpassungsstörungen im Rahmen der Migration - Traumatischer Gehalt klinischer Problematik bleibt unerkannt
- Komplexes posttraumatisches Belastungssyndrom
 - ✓ Konzept zur Beschreibung von Folgen schwerster und langanhaltender Traumatisierung wie nach Folter, Lagerhaft oder fortgesetzter Misshandlung (Herman 1992); DD Borderline (Overkamp et al 1997, Bronisch 2001)
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
 - Minimum zwei Jahre Persönlichkeitsänderung nach Belastung katastrophalen Ausmaßes (Leere, Anspannung, Misstrauen, Entfremdung)



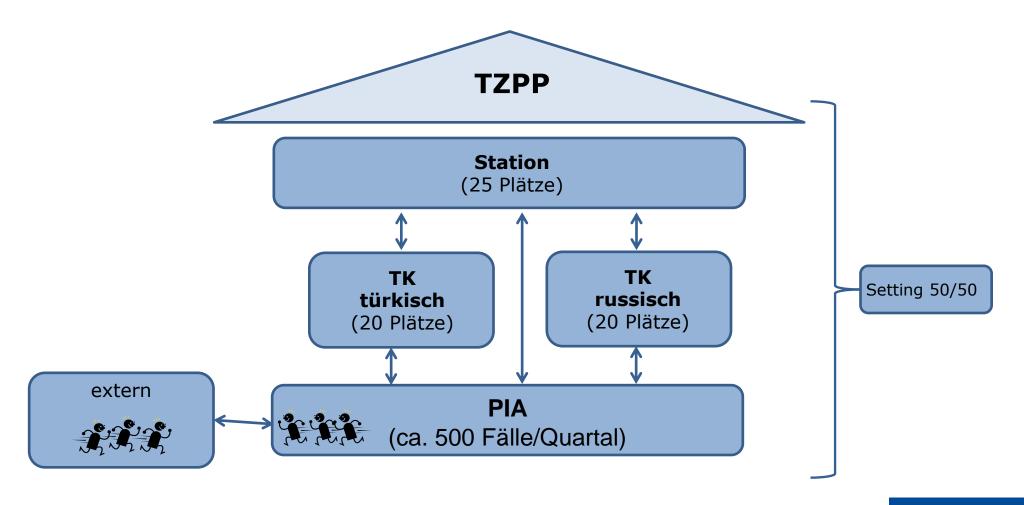
Good clinical practice



European Football Championships 2008 (FAZ online)



Zentrum Transkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie





Kernelemente

- Gesamte Behandlungskette!
- Mitarbeiter mit Migrationshintergrund und Bilingualität in <u>allen</u> Berufsgruppen: Setting als Spiegel
- Muttersprachliche Einzel- und Gruppentherapie
- Nonverbale Verfahren:
 - ✓ Körperachtsamkeit, Yoga, Meditation,
 - ✓ Entspannung
 - Ergotherapie, Kunsttherapie
 - ✓ Musiktherapie, Tanztherapie
- Professioneller Dolmetschereinsatz
- Transkulturelle Kompetenz ("mit dem Wind")
- Haltung von Neugier und Offenheit
- Kultursensible Supervision



Schwerpunkte

- Chronische Depressivität
- Schmerz & somatoforme Störungen
- Trauma
- Demenz



Hilfen zur Akkulturation

- Kulturtreff
- Migrations-Gruppe
- Soziales Kompetenztraining in der Muttersprache, kulturell adaptiert
- Muttersprachlicher Sozialdienst
- Deutsch als Umgangssprache!
- Kooperationen mit:
 - ✓ transkulturellem Betreuungsdienst
 - ✓ transkulturellem Pflegedienst
 - ✓ Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) & Ambulant betreutes Wohnen (AbW) mit transkultureller Kompetenz



Transkulturelle Elemente im Pflegealltag

- Spezielle Kost (muslimisch, koscher)
- Raum zur rituellen Waschung
- Gebetsraum mit Gebetszeiten und Gebetsteppichen
- Reflektion der therapeutischen Beziehung im Hinblick auf:
 - ✓ Das Eigene vs. das Fremde
 - ✓ Täter-Opfer-Konstellationen
 - ✓ Kulturelle Einflüsse: Schamkulturen, Schuldkulturen
 - Ethnische Abstammung
 - ✓ Gender
 - ✓ Religionszugehörigkeit
- Beachtung von Gender und Ethnizität bei pflegerischen Bezugspersonen
- Informationsmaterial in Muttersprachen



Transkulturelle Elemente im ärztlichpsychologischen Bereich

- Kultursensible Diagnostik und Differentialdiagnostik sowie Therapieleitung
- Ethnopsychopharmakotherapie
- Interkulturelle Psychotherapie, ggf. in der Muttersprache
 - ✓ Transkultureller Übergangsraum
 - ✓ Selbstkonzept
 - ✓ Autonomie vs. Bezogenheit
 - ✓ Emotionsregulation



Therapeutische Implikationen





Therapeutische Implikationen I

- Migrations- und kulturspezifische Anamnese (Behrens & Calliess 2011)
 - ✓ Vermeidung von Fehldiagnostik
 - Berücksichtigung des kulturellen Bezugsrahmens
- Transkulturelle Kompetenz (Deardorff 2006)
 - 1. Einstellungen:
 - ✓ Respekt, Offenheit, Neugier & Entdeckung
 - Ambiguitäts- und Unsicherheitstoleranz
 - 2. Wissen und Verständnis:
 - ✓ Bewusstsein über eigene kulturelle Prägung
 - ✓ Tiefes Verständnis und Wissen über Kultur, kulturspezifische Informationen
 - ✓ Soziolinguistisches Bewusstsein
 - 3. Fertigkeiten:
 - ✓ Zuhören, Beobachten, Analysieren
 - 4. Wechsel des Bezugsrahmens:
 - ✓ Anpassungsfähigkeit, Flexibilität, ethnorelativistische Sichtweise, Empathie



Therapeutische Implikationen II

Herausforderung interkulturelle Psychotherapie mit Migranten in Deutschland (Calliess & Behrens 2013)

- Westliche Therapieansätze
 - ✓ Stärkung der intrapersonellen Entwicklung
- Kollektivistische Kulturkreise
 - Aus westlicher Perspektive kein Platz für Individuation
 - ✓ Persönlichkeitsentwicklung in anderen Strukturen: basiert auf Klarheit über soziale Rollenverteilungen
- Ziel: westlich-individualistische Behandlungsansätze um systemische, kollektivistische Perspektive erweitern
 - ✓ Kultursensible, balancierte Förderung von Autonomie
 - ✓ Berücksichtigung der Bedeutung interpersoneller Konflikte (Familie, Gesellschaft): Einbezug von Familienangehörigen, Interventionen zur Konfliktvermeidung



Therapeutische Implikationen III

Relevante Strategien

- Kultursensibler Umgang mit fremden, traditionellen Lebenskonzepten
 - ✓ Nicht Veränderung, sondern Nutzen als Ausgangspunkt und Rahmenbedingungen und Einbezug in die Therapie
 - Berücksichtigung wichtiger Eckpunkte: Familienverbund, Rollen, patriarchalische Strukturen, Ehrgefühl, Scham
- Kulturdynamische Identitätsentwicklung
 - ✓ Stärkung, Wahrung und Anerkennung des interdependenten Selbstkonzepts und dem Bedürfnis nach Bezogenheit (durch Stabilisierung des "I")
 - ✓ Somit Förderung des independenten Selbstkonzepts und Entwicklung von Autonomie möglich (Dynamisierung des "Me")
 - ✓ Bei der 2. Generation Berücksichtigung und Integration des "I" mit den interdependenten Anteilen



Therapeutische Implikationen IV

- Transkultureller Übergangsraum
 - ✓ Metapher, die Symbolik des therapeutischen Raums im Zwischen der Kulturen verdeutlicht (Nadig 2006, Özbeck & Wohlfahrt 2006,
 - ✓ **Dekonstruktion und Hinterfragen kultureller Bedeutungen** und kulturspezifischer Unterschiede (Machleidt & Heinz 2011), "Aushandeln" neuer kultureller Bedeutungen vor dem Hintergrund persönlicher und subjektiver Erfahrungen
- Kernaspekte interkultureller Psychotherapie
 - ✓ Ethnische Variabilität in der Emotionsregulation: "Expressive suppression" in kollektivistischen Gesellschaften häufiger (Gross & John 2003) > Gesunde türkische Frauen: zusätzlich "cognitive reappraisal" (Arens et al 2013); Flexibler Gebrauch von ER Strategien: interkulturell different (Bonanno et al 2005); wichtiger Indikator für Resilienz
 - ✓ Autonomie und Bezogenheit (Balkir et al 2012)
 - ✓ Selbstkonzept (Balkir et al 2013)
 - ✓ Resilienz und Risikofaktoren (Bromand et al 2012): Türkische Frauen 1. +
 2. Generation in Deutschland > Soziale Belastung und Neurotizismus korrelieren positiv mit psychischer Belastung



Therapeutische Implikationen V

- Einsatz professionell geschulter **Dolmetscher**
- "Cultural frame switching" (Benet-Martinez & Haritatos 2005)
 - ✓ Erhöhte Flexibilität im Denken und Handeln von Menschen, die gelernt haben, ihr Verhaltensrepertoire flexibel an kulturelle Umgebungsreize anzupassen (Hong et al 2000)
 - ✓ Möglicherweise übertragbar auf andere Anforderungsbereiche (Glaesmer et al 2012)
- Cultural formulation interview (CFI) des DSM V
 - ✓ Sinnvolles Instrument zur Erfassung des kulturellen Bezugsrahmens
 - ✓ Ergänzung um kulturelle Aspekte und Thema Migration & Akkulturation
 - Beachtung der Bedeutsamkeit des "displacement in space and time" (Scarpinati Rosso & Bäärnhielm 2012)



Fazit I

- ✓ Migranten der 1. und 2. Generation sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt gegenüber der Inzidenz psychischer Erkrankungen!
- Migration mit Anforderung an Akkulturation als zusätzliche Entwicklungsdimension ist ein lebenslanger Prozess in Auseinandersetzung mit der Gastkultur.
- Der Akkulturationsstil der Integration f\u00f6rdert seelische Gesundheit.
- ✓ Inanspruchnahme und Akzeptanz psychiatrischpsychotherapeutischer Hilfen aufgrund unterschiedlicher Faktoren bisher ungenügend
- ✓ Integration in Regelversorgung vs. Spezialangebote
- ✓ Versorgungsrelevante Diagnosen und Symptome: Depression, Somatisierung, Suizidalität und PTSD



Fazit II

- Migrations- und kulturspezifische Anamnese, transkulturelle Kompetenz, das CFI (DSM V) und der Einsatz von Dolmetschern: wichtige Elemente für Versorgungspraxis
- ✓ Interkulturelle Psychotherapie ermöglicht transkulturellen Übergangsraum und muss Dolmetscher miteinbeziehen
- Berücksichtigung von Spezifika in der Psychotherapie mit Migranten: 1. Emotionsregulation, 2. Verhältnis von Autonomie und Bezogenheit, 3. Selbstkonzept
- ✓ Therapeutische Strategien sollten eine kulturdynamische Identitätsentwicklung ermöglichen
- ✓ Zu Beginn handlungsorientierte , später emotionsfokussierte Bewältigungsstrategien wesentlich!
- Das Konstrukt der bikulturellen Identität: cave 2. Generation!





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

graef-calliess@wahrendorff.de calliess.iris@mh-hannover.de

Alzey, 11. November 2015

