

Empfehlungen zu diagnostischen Gesprächen im interkulturellen Kontext

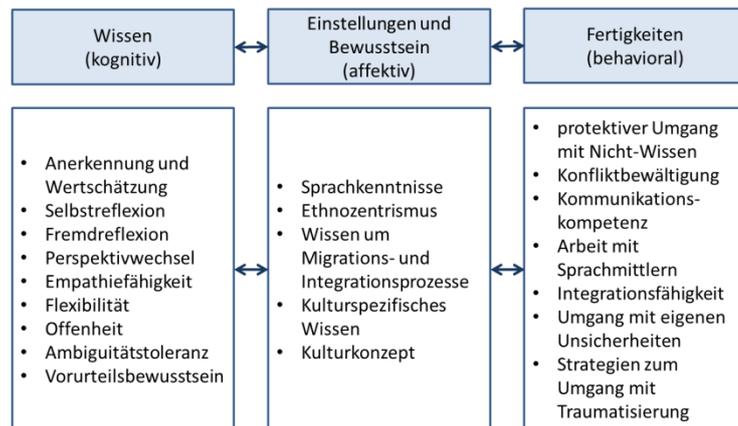
Migrationsspezifische Aspekte der Anamneseerhebung

Herkunftsgeschichte	soziale Schicht, Ausbildung, Vorerfahrung mit dem westlichen Gesundheitswesen, Bezug zur Ursprungskultur, Religiosität
Familienanamnese (Lersner & Kizilhan, 2017)	Beziehung und Struktur der Kernfamilie (mögliche Generationskonflikte, Werteveränderung der nachfolgenden Generationen, traditionelles Familienbild etc.) und Großfamilie (eventuelle Verpflichtungen in Deutschland oder im Herkunftsland), Form der Heirat (traditionell, freiwillig oder Zwangsverheiratung), aktuelle Vorgänge in der Familie
Migrationsgeschichte	individuelle, familiäre, berufliche, politische, wirtschaftliche, existenzielle usw. Gründe für Migration; Geschichte des Familiennachzugs
Integrationsgeschichte	Aufenthaltsstatus, Zugang zu Wohnung, Arbeit, Bildung, Gesundheitswesen, Vereinen, übernommene/tradierte Werte, Diskriminationsgefühle, Stress der Akkulturation (Berry, 1997)
Migrationsbilanz	individuelle Bewertung der Migration, Lebensqualität und Zufriedenheit in der Gastkultur, soziale Vergleiche mit anderen MigrantInnen etc.
Zukunftsperspektiven	Remigrationspläne und -druck (Sabbioni & Salis Gross, 2006)
Krankheitsverlauf	psychische Verfassung vor der Migration, Primärpersönlichkeit, Umstände des ersten Auftretens bzw. einer Aggravation der Beschwerden unter Berücksichtigung der individuellen und der kollektiven Biografie
persönliche Erklärungsmodelle	abweichende Vorstellungen vom Verständnis der Anatomie und Funktionsweise des eigenen Körpers und Ursachen von Beschwerden (Magie, Fluch, Bestrafung etc.) sind möglich

(Sabbioni, 2012)

Interkulturelle Kompetenz

Säulenmodell interkultureller Kompetenz (Sue et al., 2013):



Interkulturelle Kompetenz:

„[...] Fähigkeit, effektiv mit Menschen, die über andere kulturelle Hintergründe verfügen, umzugehen und zusammenzuarbeiten, wobei die auf beiden Seiten als gelungene interkulturelle Kommunikation empfunden werden soll.“

(Lersner & Kizilhan, 2017)

- persönliche Einstellungen und Erfahrungen werden zurückgestellt
- Bereitschaft Stereotype und Vorurteile zu revidieren, Offenheit für Neues
- Grundlage: therapeutische Basiskompetenzen d.h. Wertschätzung, Empathie, Authentizität (Rogers, 1981)

Einflussfaktoren bei Fehleinschätzungen/-diagnosen im interkulturellen Setting (Lersner & Kizilhan, 2017)

PatientIn	BehandlerIn
<ul style="list-style-type: none"> Scham, Tabuisierung: einige Themen werden auf Grund kultureller Normen bei bestimmter Personengruppe vermieden (z.B. sexueller Missbrauch, schwere psychische Störungen) kulturspezifische Krankheitskonzepte oder Leidensbegriffe (z.B. psychische Beschwerden werden über somatische Beeinträchtigungen kommuniziert) soziale Erwünschtheit: Achtung von Autorität, was zur Verhaltensänderung bei Patienten führt sprachliche Verständigungsschwierigkeiten: einfache Sprache resultiert darin, dass ggf. diagnoserelevanten Informationen nicht erwähnt werden Aggravation, Simulation: Simulation von Symptomen mit einem bestimmten Ziel (z.B. Mitgefühl, finanzieller Anreiz) 	<ul style="list-style-type: none"> Halo-Effekt: Kontextinformation (z.B. Hautfarbe, Auftreten) beeinflusst Diagnosestellung negativ Symptom-, Zeit- und Verlaufskriterien der Störung werden nicht berücksichtigt, Rückschluss auf einzelne Phänomene Erwartungen (geprägt von z.B. Stereotypen über eine bestimmte Kultur) Kulturalisierung eines psychischen Problems aufgrund mangelnden kulturspezifischen Wissens → klinisch relevante Symptome werden als kulturspezifische Phänomene fehlinterpretiert

Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen im diagnostischen Gespräch (Lersner & Kizilhan, 2017)

- mgl. Überforderung und Belastung des Sprachmittlers durch Gesprächsinhalte → Nachbesprechung der Patientengespräche mit dem Sprachmittler (Kluge, 2011)
- Sprachmittler hat zusätzlich kulturvermittelnde Aufgabe d.h. kulturellen Sinn einer Botschaft zu vermitteln

- wortgenaue, kommentarlose und unparteiische Übersetzung, bei Berücksichtigung semantischer Verständlichkeit (z.B. wörtliche Übersetzung aus dem Türkischen „Mir kommen die Geister“ wäre richtig übersetzt mit: „Ich bin aufgeregt“)
- keine Gespräche zwischen Dolmetscher und Patient bzw. Therapeut und Patient ohne Übersetzung → jede Äußerung wird übersetzt
- Übersetzung erfolgt simultan und in der wörtlichen Rede (Morina et al., 2010)

(weitere Informationen: siehe XY- verweise auf zusätzliche Pocketcard)

Besonderheit in der Diagnostik spezifischer Erkrankungen – Ein Auszug -

Angststörung	<ul style="list-style-type: none"> • kann sich je nach Kultur kognitiv, affektiv, somatisch und/oder behavioral äußern, dadurch Diagnostik erschwert (Agorastos et al., 2012) • z.T. entstehen Kognitionen, die nicht Realität entsprechen und Wahncharakter annehmen • böse Magie und Geister in vielen Kulturen Thema
Depression	<ul style="list-style-type: none"> • zeigt sich außereuropäisch eher durch körperliche Symptome und innereuropäisch durch depressive Stimmung (Koch & Kraus, 2005) • traditionelle Familien: Depression spiegelt Probleme in der Familie/Ehe/Freundschaften wieder -> wenn diese Bereiche destabilisiert sind, auch Auswirkung auf Identität • Stigmatisierung kann sich auf die gesamte Familie übertragen, daher häufig keine professionelle Hilfe gesucht • im Gegensatz dazu möglich Symptome sehr stark zu äußern, um deutlich zu machen, dass Rollenaufgaben nicht mehr erfüllt werden können • in kollektiven Familien häufig übermäßige Fürsorge, daher in der Krise weniger Rückzug und Abgrenzung als in westlichen Gesellschaften
Somatisierung	<ul style="list-style-type: none"> • in vielen Kulturen ist Körper „Plattform“ für psychische Beschwerden • psych. Symptome verleugnet, Fixierung auf körperliche Symptome • Abgrenzung von somatoformer Störung, Idiom of Distress und Angst/Depression etc. wichtig
Schizophrenie	<ul style="list-style-type: none"> • höheres Risiko für Fehldiagnosen: z.T. unterschiedliche Ergebnisse in der Diagnostik von deutschen und türkischen PatientInnen (bei Untersuchung durch türkischsprachige und deutschsprachige BehandlerInnen), bei schlechten Sprachkenntnissen noch geringer (Haasen et al., 2000) <ul style="list-style-type: none"> ○ Gründe: kulturelle Differenzen in der Symptomschilderung, fehlende interkulturelle Kompetenz der deutschen Ärzte und Fehlinterpretation kulturspezifischer Symptomschilderungen und mögliche Diskriminierungstendenzen • in traditionellen Kulturen schwierig Grenze zwischen Wahn und Realität bzw. zwischen Wahn und Glaube zu ziehen, wahnartige Überzeugungen oder Glaubensüberzeugungen mglw. kulturimmanent und sind somit nicht pathologisch zu werten (Schouler-Ocak, 2010) • Besessenheits- und Trancerituale in einigen Kulturen zur Heilung psychisch kranker Menschen eingesetzt • Wahnhalte und Auftretenshäufigkeit einzelner Symptome über Kulturen hinweg systematisch unterschiedlich: spiegeln die besonderen Leitbilder und Ängste der Kultur, in denen sie auftreten, wider <ul style="list-style-type: none"> ○ Empfehlung: Einsatz von strukturierten Interviews wie SKID und DIPS, sowie des Cultural Formulation Interviews (Lersner & Kızılhan, 2017) <p>(siehe auch (Machleidt & Graef-Calliess, 2017))</p>
PTBS	<ul style="list-style-type: none"> • erfolgreiche Bewältigung kann sein nicht über Trauma zu sprechen und nicht von der Gemeinschaft abgelehnt zu werden → Konfrontation nicht in allen Kulturen als Behandlungsmethode anerkannt • häufig in kollektivistischen Gesellschaften: soziale Harmonie höchste Priorität, kein „Gesichtsverlust“

(Lersner & Kızılhan, 2017)

Suizidalität:

- Religion meist Schutzfaktor, jedoch situative Umstände berücksichtigen (z.B. soziale Situation (Wu et al., 2015))
- Risikofaktoren für Suizid: Erfahrungen vor und während der Migration, Familienentzug/Verlust, Integrationsschwierigkeiten, längere Zeit in provisorischer Geflüchtetenunterkunft und mangelnde Unterstützung (Vijayakumar, 2016; Wasserman, 2017)
- siehe auch: (Schouler-Ocak et al., 2015)

Verwendete und weiterführende Literatur

Agorastos, A., Haasen, C. & Huber, C. G. (2012). Anxiety disorders through a transcultural perspective: implications for migrants. *Psychopathology*, 45(2), 67–77.

Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied psychology*, 46(1), 5–34.

- Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R. & Krausz, M. (2000). Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(2), 125–129.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.90065.x>
- Kluge, U. (2011). Sprach-und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting. Dolmetscher als Sprach-und Kulturmittler in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung, 199.
- Koch, E. & Kraus, M. (2005). Andere Kulturen—anders depressiv. *Ärztliche Praxis Neurologie Psychiatrie*, 3, 12–14.
- Lersner, U. von & Kizilhan, J. I. (2017). Kultursensitive Psychotherapie. Hogrefe Verlag.
- Lersner, U. von & Kizilhan, İ. (2017). Kultursensitive Psychotherapie (1. Aufl.). *Fortschritte der Psychotherapie: Band 64*. Hogrefe.
- Machleidt, W. & Graef-Calliess, I. T. (2017). Transkulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hg.), *Springer Reference Medizin Ser. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie 1, Band 2: Allgemeine Psychiatrie 2, Band 3: Spezielle Psychiatrie 1, Band 4: Spezielle Psychiatrie 2* (5. Aufl., S. 433–462). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49295-6_17
- Morina, N., Maier, T. & Mast, M. S. (2010). Lost in Translation?—Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *PPmP- Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 60(03/04), 104–110.
- Rogers, K. R. (1981). *Der neue Mensch (A way of being, dt.-Übers. v. Brigitte Stein)*.
- Sabbioni, M. (2012). Patienten mit einem Migrationshintergrund. *PrimaryCare*, 12(4), 67–68.
- Sabbioni, M. & Salis Gross, C. (2006). Vulnerabilität, Migration und Altern. Die migrationspezifische Anamnese (P. van Eeuwijk & B. Obrist, Hg.). Seismo.
- Schouler-Ocak, M., Aichberger, M., Yesil, R., Montesinos, A. H., Bromand, Z., Termur-Erman, S., Rapp, M. & Heinz, A. (2015). Suizidraten und Suizidprävention bei Berliner Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. *Das Gesundheitswesen*, 77(S 01), S31-S32.
- Schouler-Ocak, M. (2010). Wahnstörungen aus interkultureller Perspektive. In *Seltene Wahnstörungen* (S. 181–189). Springer.
- Sue, D. W., Gallardo, M. E. & Neville, H. A. (2013). *Case Studies in Multicultural Counseling and Therapy*. CourseSmart. Wiley.
- Vijayakumar, L. (2016). *Suicide among refugees—A mockery of humanity*. Hogrefe Publishing.
- Wasserman, D. (2017). Suicide risk in refugees and asylum seekers. *European Psychiatry*, 41, S35-S36.
- Wu, A., Wang, J.-Y. & Jia, C.-X. (2015). Religion and completed suicide: A meta-analysis. *PLoS One*, 10(6).