

Empfehlungen zu diagnostischen Gesprächen im interkulturellen Kontext

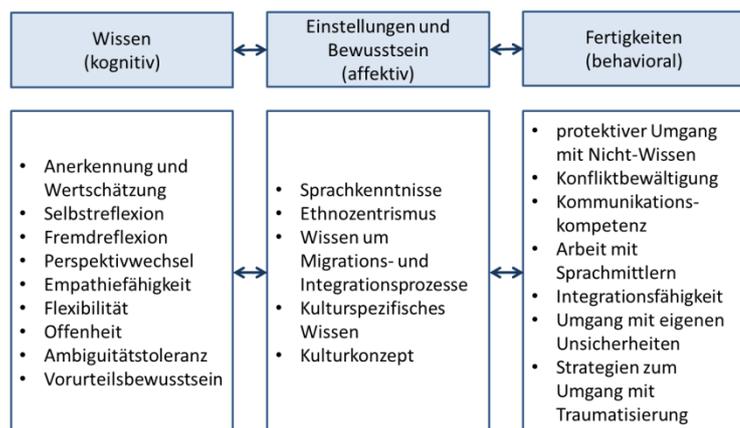
Flucht- und Migrationsspezifische Aspekte der Anamneseerhebung

| | |
|--|---|
| Herkunftsgeschichte | soziale Schicht, Ausbildung, Vorerfahrung mit dem westlichen Gesundheitswesen, Bezug zur Ursprungskultur, Religiosität |
| Familienanamnese (von 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) |
| Migrationsgeschichte bzw. Familiennachzug | individuelle, familiäre, berufliche, politische, wirtschaftliche, existenzielle usw. Gründe für Flucht/Migration; Wunsch nach bzw. Geschichte des Familiennachzugs |
| Integrationsgeschichte | Aufenthaltsstatus, Zugang zu Wohnung, Arbeit, Bildung, Gesundheitswesen, Vereinen, übernommene/tradierte Werte, Diskriminierungserleben, akkulturativer Stress (Berry, 1997) |
| Migrationsbilanz | individuelle Bewertung der Flucht/Migration, Lebensqualität und Zufriedenheit im Aufnahmeland, soziale Vergleiche mit anderen Geflüchteten/Migranten |
| Zukunftsperspektiven | Remigrationspläne und -druck (Sabbioni & Salis Gross, 2006) |
| Krankheitsverlauf | psychisches Befinden vor der Flucht/Migration, 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 |

(nach 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 diese auf beiden Seiten als gelungene interkulturelle Kommunikation empfunden werden soll.“
(von 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 (von 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: BehandlerIn wird als Autorität wahrgenommen, was zu angepasster, weniger offener Kommunikation führen kann • sprachliche Verständigungsschwierigkeiten: Schwierigkeiten spezifische diagnoserelevante Informationen korrekt zu übersetzen • Aggravation, Simulation: Simulation von Symptomen mit einem bestimmten Ziel (z.B. Mitgefühl, asylrechtliche Bedeutung) | <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 (von Lersner & Kizilhan, 2017)

- mgl. Überforderung und Belastung der/des SprachmittlerIn durch Gesprächsinhalte → Nachbesprechung der

Patientengespräche mit dem Sprachmittler (Kluge, 2011)

- SprachmittlerIn hat zusätzlich kulturvermittelnde Aufgabe, d.h., den 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 PatientIn bzw. TherapeutIn und PatientIn ohne Übersetzung → jede Äußerung wird übersetzt
- Übersetzung erfolgt simultan und in der wörtlichen Rede (Morina et al., 2010)

Besonderheit in der Diagnostik spezifischer Erkrankungen

| | |
|----------------------|---|
| 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 der 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 wider → wenn diese Bereiche destabilisiert sind, auch Auswirkung auf Identität • Stigmatisierung kann sich auf die gesamte Familie übertragen, daher wird häufig keine professionelle Hilfe gesucht • Neigung möglich Symptome sehr stark zu äußern, um deutlich zu machen, dass Rollenaufgaben nicht mehr erfüllt werden können • in kollektivistisch orientierten Familien häufig übermäßige Fürsorge, daher in der Krise weniger Rückzug und Abgrenzung möglich als in westlichen Gesellschaften |
| Somatisierung | <ul style="list-style-type: none"> • in vielen Kulturen ist Körper „Plattform“ für psychische Beschwerden • psychische Symptome werden verleugnet, Fixierung auf körperliche Symptome • Abgrenzung von somatoformer Störung, Idioms of Distress und Angst/Depression 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) (Haasen et al., 2000) <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Gründe</i>: 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 somit nicht pathologisch zu werten (Schouler-Ocak, 2010) • Besessenheits- und Trancerituale werden 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"> ○ <i>Empfehlung</i>: Einsatz von strukturierten Interviews wie SKID und DIPS, sowie des Cultural Formulation Interviews (von Lersner & Kızıllan, 2017) <p>(siehe auch Machleidt & Graef-Calliess, 2017)</p> |
| PTBS | <ul style="list-style-type: none"> • erfolgreiche Bewältigung kann bedeuten 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“ |

(von Lersner & Kızıllan, 2017)

Suizidalität:

- Religion kann Schutzfaktor aber auch Risikofaktor sein, da sie die Offenbarung suizidalen Erlebens und Verhaltens und die Inanspruchnahme von Hilfen verhindert (Wu et al., 2015)
- Risikofaktoren suizidalen Erlebens und Verhaltens: Erfahrungen vor und während der Flucht, Trennung von oder Verlust der Familie, Integrationsschwierigkeiten, längerer Aufenthalt 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, 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 migrationsspezifische 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).