

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): <div> <div> <div>Wissen (kognitiv)</div> <div> <ul style="list-style-type: none"> Anerkennung und Wertschätzung Selbstreflexion Fremdreflexion Perspektivwechsel Empathiefähigkeit Flexibilität Offenheit Ambiguitätstoleranz Vorurteilsbewusstsein </div> </div> <div> <div>Einstellungen und Bewusstsein (affektiv)</div> <div> <ul style="list-style-type: none"> Sprachkenntnisse Ethnozentrismus Wissen um Migrations- und Integrationsprozesse Kulturspezifisches Wissen Kulturkonzept </div> </div> <div> <div>Fertigkeiten (behavioral)</div> <div> <ul style="list-style-type: none"> protektiver Umgang mit Nicht-Wissen Konfliktbewältigung Kommunikationskompetenz Arbeit mit Sprachmittlern Integrationsfähigkeit Umgang mit eigenen Unsicherheiten Strategien zum Umgang mit Traumatisierung </div> </div> </div>	
Interkulturelle Kompetenz: <i>„[...] 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.“</i> <i>(von Lersner & Kizilhan, 2017)</i> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 <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) 	BehandlerIn <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)	
<ul style="list-style-type: none"> 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"> ◦ 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 somit nicht pathologisch zu werten (Schouler-Ocak, 2010) • Besessenheits- und Trancerituale werden in einigen Kulturen zur Heilung psychisch kranker Menschen eingesetzt • Wahnhinhalte 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 (von Lersner & Kızılhan, 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 & Kızılhan, 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).