

Interkulturelle Verwirrung in der Psychotherapie / Suchttherapie

Dr. Ali Kemal Gün

a.k.guen@lvr.de

28. Suchtforum

Fliedner Krankenhaus Ratingen

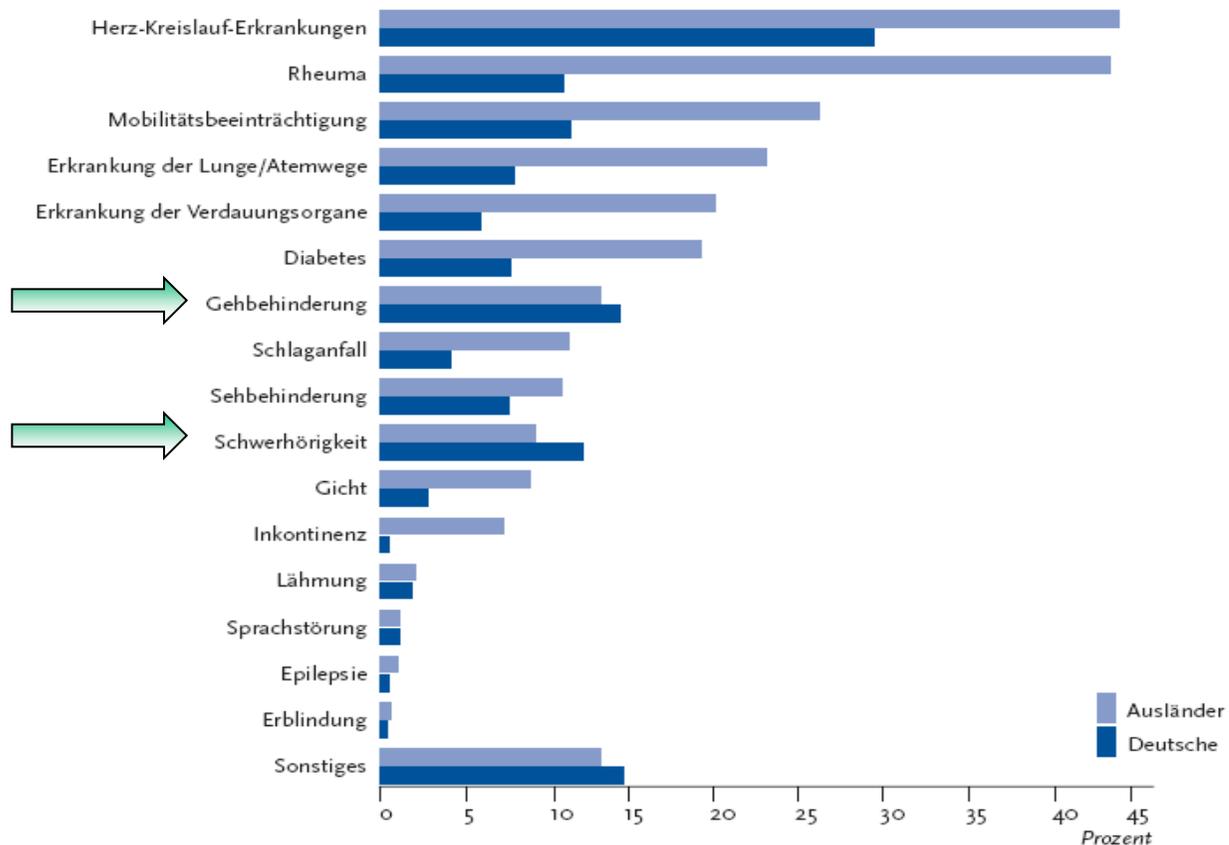
26.09.2014

Höhere Krankheitsrisiken bei Migranten und Migrantinnen

- Derzeit existieren auf Bundesebene sehr **wenige repräsentative gesundheitsbezogene Daten**.
 - der **Mikrozensus**,
 - das Sozioökonomische Panel (**SOEP**)
sowie
 - das Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (**KiGGS**) des Robert-Koch-Instituts.

Gesundheit von Migranten RKI (Robert Koch-Institut) 2008, Migration und Gesundheit

Abbildung 5.4.1
Krankheiten/Beschwerden, die bei ausländischen Staatsangehörigen (55 Jahre und älter)
und Deutschen (60 Jahre und älter) zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen führten
Quelle: Freie und Hansestadt Hamburg, Sozial-empirische Studie,
Ausländische Seniorenbefragung 1996 und deutsche Seniorenbefragung 1991/92 [32]



Krankheitsfördernde bzw. –begünstigende Faktoren bei Migranten

- Trennungs- und Entwurzelungserlebnis,
- Enttäuschungsgefühle in Bezug auf nicht erfüllte Wunschvorstellungen
- Erwartungshaltung der Familien in der Heimat.
- familiäre Belastungssituationen (z.B. Trennung der Familie durch Migration)
- Generationskonflikte
- Zerfall familiärer und sozialer Lebenszusammenhänge
- narzisstische Kränkung

Inanspruchnahmeverhalten der Migranten

- Migranten nehmen bei psychischen Problemen häufig erst **sehr spät** fachliche Hilfe in Anspruch, da sie oftmals im Vorfeld versuchen, ihre Probleme im **Familien-, Verwandten- oder Bekanntenkreis** zu lösen.
- In der Primärversorgung werden ihre **Probleme** nicht bzw. **sehr spät erkannt**,
- die Erkrankungen haben oft bereits einen **chronischen Verlauf** angenommen, **bevor** **professionelle Hilfe** in Anspruch genommen wird.

- Mehrere Untersuchungen stellen fest, dass z.B. türkische Patienten seltener eine Empfehlung für die ambulante Psychotherapie bekommen als deutsche Patienten.
- Einige Gründe:

- 1) **Verständigungsschwierigkeiten** sprachlicher, kultureller und religiöser Art
- 2) Schwierigkeiten beim **Aufbau einer tragfähigen** Behandler-Patient-Beziehung
- 3) Verhältnismäßig **höherer Arbeitsaufwand** für die Behandler
- 4) **Mangelnde interkulturelle Kompetenz** der Behandler bzw. des Behandlerteams
- 5) Fehlende **strukturelle Rahmenbedingungen** in der Versorgung und Behandlung der MigrantInnen in ihren (oft) spezifischen Problemlagen.

Psychotherapie in interkulturellen Überschneidungssituationen

- Geht es um Psychotherapie haben die Therapeuten und Patienten **unterschiedliche** Wahrnehmungen, Vorstellungen und Erwartungen **an** und **über** die Behandlung im interkulturellen Setting.
- Dies beeinflusst die **Beziehung zwischen Behandlern und Patienten** und dementsprechend auch den **Therapieerfolg**.

- Die Therapeuten, die ich befragt habe, gehen von einer **Gleichbehandlungsmaxime** als **therapeutisches Ideal** aus und denken, alle ihre Patienten gleich zu behandeln.
- Ausschlaggebend für die Planung und Durchführung einer Behandlung sei für sie die **gestellte Diagnose**, nicht aber die kulturellen, religiösen, ethnischen und sprachlichen **Hintergründe** der zu behandelnden Patienten.

- Die interviewten Patienten erleben die *Gleichbehandlungsmaxime*, als *ungleiche Behandlung*.
- Sie fühlen sich *nicht verstanden*, wenn sie sozusagen „gleich“ behandelt werden.
- Hierdurch kommt es zur Ignoranz ihrer jeweiligen *Andersartigkeiten, Besonderheiten* und *Unterschiedlichkeiten*.

Tiefenhermeneutisch betrachtet:

- **Die Therapeuten** fühlen sich unter Druck, beweisen zu müssen, dass sie die Migranten nicht anders behandeln als ihre deutschen Patienten **und**
- versuchen dem befürchteten „Vorwurf“ vorzubeugen, sie könnten Migranten schlecht behandeln.

- **Im Festhalten der Patienten,** (in der Betonung der kulturellen, ethnischen und religiösen Besonderheiten) kann ebenfalls eine *Abwehr- oder Vermeidungsstrategie* erkannt werden, sich nicht mit ihren „**eigentlichen Problemen**“ auseinandersetzen zu wollen.
- Unbewusst wirksame Widerstände, die mit **Verdrängungsmechanismen** einhergehen, können zu einer **Konfliktverlagerung** und letztlich zur Agieren der Konflikte in der **Beziehungsebene** führen.

- Auch die kulturelle Zugehörigkeit wird je nach Perspektive, als Bereicherung, Erleichterung und Vorteil oder auch Erschwerung, Einengung und Benachteiligung.
- Beide Seiten nehmen die jeweiligen Gegenseiten aus einer bestimmten Perspektive wahr und vertreten dieselbe Ansicht, dass kulturelle Differenzen als Hindernis in der Therapeut-Patient-Interaktion anzusehen ist.
- Sowohl die Therapeuten als auch die Patienten sind der Ansicht, dass sie miteinander nicht über dieselben Themen sprechen.

Abwehrphänomene bei den Patienten

- Bei den **Patienten** dient das Zurückgreifen auf die Herkunftskultur **als Abwehr**, sich auf die hiesige Gesellschaft einzulassen.
- Das, was ihr **System unterstützt**, wird als angenehm erlebt und angenommen.
- **Idealisierung der Herkunftskultur** ist hier nur ein **Teil der Abwehr** zu verstehen.

Daraus resultiert:

Therapeuten

- Schicken ihre Patienten zu anderen Behandlern, Familien oder in Freundeskreisen,
- stellen falsche Diagnosen und behandeln entsprechend.

Patienten

- Nehmen die Angebote nicht oder zu spät in Anspruch,
- sie versuchen ihre Probleme zunächst in der Familie, in Bekanntenkreisen bzw. auf traditionell-religiösem Wege zu lösen.
- Konfliktverarbeitung wird somatoform ausgedrückt.
- Abbruch der Therapie und Suche nach muttersprachlichen Therapeuten.

Fazit

- Die Therapeuten, die im interkulturellen Setting arbeiten, neigen dazu, kulturelle Differenzen über-
bzw. unterzubewerten.
- Vorschnell wird etwas als kulturell angesehen und **überbewertet**, was nicht kulturell begründet ist, **oder**
- es werden kulturelle Determiniertheiten einfach **übersehen**, bzw. hierüber wird hinweggegangen.

- **Interkulturelle Therapeutische Kompetenz**

scheint die ideale Voraussetzung dafür zu sein, die sprachlichen, kulturellen, ethnischen und religiösen **Missverständnisse** in der therapeutischen Behandlung zu **minimieren** und das gegenseitige Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und Patienten zu **optimieren**.

Krankheitsverständnis und Krankheitserleben im Orient

- **Kulturelle Unterschiede** haben einen erheblichen Einfluss auf die **Krankheitswahrnehmung und -bewältigung**.
- „Für die Begriffe Gesundheit und Krankheit gelten Kulturstandards in besonderem Maße, was auch bedeutet, dass **jede Krankheitsäußerung** in gewissem Sinne **kulturspezifisch** ist.“ (Thomas et al., 2003).

- Das Schmerzempfinden und auch der Schmerzausdruck sind nicht nur individuell unterschiedlich, sondern auch kulturell unterschiedlich.
- Es gibt eine kulturell gelernte Art und Weise, wie man Schmerzen empfindet und zum Ausdruck bringt.
- Orientalische Patienten erleben die Krankheiten (wie z.B. den Schmerz) als eine Ganzheit.
- Das heißt, wenn ein Organ schmerzt, dann sagt man nicht, dieses Organ tut weh oder da habe ich Schmerzen, sondern man sagt, ich bin krank.

- Es scheint sehr wichtig zu sein, eine **spezifische Anamnese** zu erheben, die die **sprachliche Fähigkeiten**, **kulturelle Besonderheiten** und **religiöse Vorstellungen** der Migranten-Patienten berücksichtigt.

Dazu brauchen wir, im Gesundheitssektor Tätige, Erwerb interkulturelle Kompetenzen, um im interkulturellen Überschneidungssituationen effektiv arbeiten zu können

Interkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migranten

Interkulturelle Kompetenz

- Unter interkultureller Kompetenz wird zunächst die Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion, Empathie, Flexibilität und Anerkennung von Vielfalt verstanden.
- Diese Fähigkeiten sollen uns in die Lage versetzen, in interkulturellen Überschneidungssituationen **effektiv** und **angemessen** zu interagieren.
- Interkulturelle Kompetenz ist keine eigenständige Handlungskompetenz, sondern die Summe aus individuellen, sozialen, professionellen und strukturellen Kompetenzen.

- Die Arbeit mit Migranten-Patienten erfordert zunächst die Überwindung der **eigenen Fremdheitsgefühle** seitens des Beraters.
- Die Überwindung von **eigenen Abwehrhaltungen** ist eine wesentliche Voraussetzung für den **Erwerb interkultureller Kompetenz**.

Drei Hauptsäulen der Interkultureller Kompetenz

- 1) Haltung, die Klienten als Mensch zu akzeptieren und zu achten
- 2) Wissen über Andere und über sich selbst
- 3) Handlungskompetenz im Umgang mit den Klienten

Grundsätzlich gilt, dass in diesem Bereich Tätigen in der Lage sind, in einer Atmosphäre der **Offenheit**, **Achtung**, **Anerkennung**, **Wertschätzung** und **Neugierde**, eine zufrieden stellende und **tragfähige Beziehung** und **Kommunikation** herzustellen

- In Der Arbeit mit Migranten ist von großer Bedeutung zunächst eine **tragfähige Beziehung** aufzubauen
- Gelingt das, dann drängen die **kulturspezifische Aspekte** im Hintergrund und spielen eher eine untergeordnete Rolle.



**Sucht
und
Migration**

Zugangsbarrieren bei **Klienten**

- Mangelnde Integration
- Unkenntnis über die Dienste
- Sprachbarriere
- Unwissen, Unsicherheit, Verzweiflung
- Mangelnde Informationen
- Negative Erfahrung
- Kulturelle Hemmnisse
- Misstrauen gegenüber den Repräsentanten der dominanten Mehrheitsgesellschaft
- Behördenimage, Vorurteile
- Überforderung, Belastung
- Persönliche Eigenschaften
- Entfernung von Wohnort
- Tabuisierung des Problems – Verstecken-
- Orientierungslosigkeit
- Gender
- Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen oder Folgen für die Arbeit

Zugangsbarrieren bei **Professionell Tätigen Fachpersonal**

- Fehlende interkulturelle Kompetenz
- Nicht ganzheitliche Problemlöseansatz
- Mangelnde Integration
- Sprachbarriere
- Unwissen, Unsicherheit
- negative Erfahrung
- Vorurteile
- Gender
- Politische Ignoranz
- Fehlende finanzielle Mittel

Mögliche Angebote für Suchtkranke Migranten

- Migrantenspezifische aufsuchende Arbeit
- Individuelle muttersprachliche Beratung
- Migrantenspezifische Gruppenangebote
- Muttersprachliche Informationsveranstaltungen
- Kooperationsprojekte mit Migrantenselbstorganisationen
- Nutzung der muttersprachlichen Medien (Zeitung, TV, Radio etc.)

Einige Interkulturelle Aspekte in der Suchtarbeit

- Neugierde und Offenheit fürs Neues / Fremdes
- Willkommensstruktur (u.a. Begegnungssetting und -atmosphäre)
- Nach Möglichkeit auch muttersprachliches Angebot
- Flexible Unterstützung
- Zeit für Vertrauensbildung
- Wahlfreiheit bei der Beratung hinsichtlich Gender, Alter, Sprache
- Einbeziehung der Familie