

Interkulturelle Missverständnisse in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in der Ergotherapie

Anforderungen an eine interkulturelle Ergotherapie



Ergotherapiefachtagung

Dienstag, 8. November 2016
in der LVR-Klinik Viersen

Kooperationsveranstaltung

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.,
Landschaftsverband Rheinland

DEUTSCHER VERBAND DER
ERGOTHERAPEUTEN E.V.



Dr. Ali Kemal Gün
a.k.guen@lvr.de

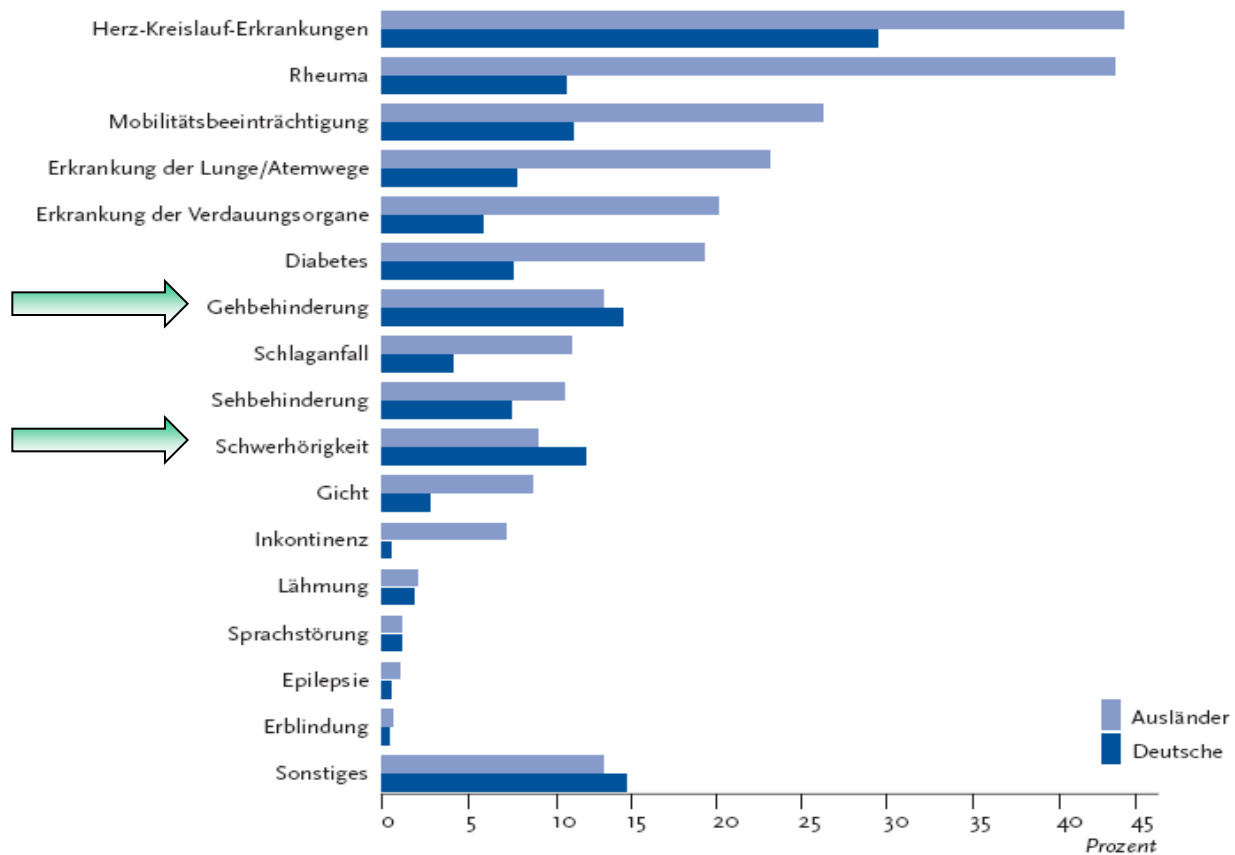
Inhalt

- Erhöhte Krankheitsrisiken bei Migranten im Verhältnis zu Deutschen
- Inanspruchnahme-Verhalten der Migranten
- Krankheitsverständnis und Krankheitserleben im Orient
- Interkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migranten
- Interkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migranten am Beispiel der Türkeistämmigen (Zwei Beispiele)
 - Familienstruktur der Türkeistämmigen
 - Religiöse Vorstellungen und Krankheitsverständnis am Beispiel des Islam

Erhöhte Krankheitsrisiken bei
Migranten im Verhältnis zu Deutschen

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]



Deutsche Arzteblatt (11.11.2013, Berlin)

Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erhöht

In Deutschland lebende Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund haben ein erhöhtes Risiko für eine Depression, Abhängigkeitserkrankung, posttraumatische Belastungsstörung, ein psychosomatisches Leiden oder andere psychische Störungen. Die Kinder und Jugendlichen aus Migrantenfamilien wachsen häufig in einem enormen kulturellen und emotionalen Spannungsfeld auf“. „Die Familien vertrauen sich in der Regel viel zu spät einem Arzt an“. Darauf hat der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) hingewiesen.

Krankheitsfördernde bzw. –begünstigende Faktoren bei Migranten

Folgende psychosozialen Faktoren können bei Migranten als krankheitsfördernd bzw. –begünstigend betrachtet werden:

- 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

- Verlust der haltgebenden kulturellen, ethnischen und religiösen Werte
- Normen- und Rollenkonflikte Identitätsprobleme, Rollenverluste, Rollendiffusionen und Verlust von Selbstwertgefühl
- große Anpassungsleistung an die Aufnahmegesellschaft
- Verlust an kommunikativen Beziehungen
- bei Frauen Mehrfachbelastung durch Arbeit, Haushalt und Kindererziehung
- Fragliche Zukunftsorientierung
- sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme
- höhere Arbeitsplatzgefährdung, höhere Arbeitslosigkeit und damit verbundene Existenzängste

Inanspruchnahme-Verhalten der Migranten

BDK 2008: Bettenzahl und Migrantenanteil nach Art der Einrichtung aufgeschlüsselt

KPP, Forensik	254	69	27,2 %
KPP, Abt. f. Abh.	284	62	21,8 %
Suchtreha	123	14	11,4 %
KPP, Abt. Allg.Psychiatrie	656	121	18,4 %
Universitäts-Psychiatrie	148	26	17,6 %
Abteilungspsychiatrie an Allg.krh.	123	21	17,1 %
KPP, Gerontopsychiatrie	238	22	9,2 %
Kinder-u. Jugend-Psychiatrie	341	39	11,4 %
Psychosomatik/Psychotherapie	44	2	4,5 %
Gesamt	2211	365	17,4 %

- 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 Migranten-PatientInnen in ihren (oft) spezifischen Problemlagen

Krankheitsverständnis und Krankheitserleben im Orient

- Auch für Ergotherapeuten ist es wichtig, Kenntnisse über die **Krankheits- und Gesundheitsverständnis** ihrer Patienten zu haben und die Bedeutungszusammenhänge zu erfassen.
- Unterschiedliche Kulturen haben **unterschiedliche Vorstellungen** von **Gesundheit** und **Krankheit**.
- **Kulturelle Unterschiede** haben einen erheblichen **Einfluss** auf die **Krankheitswahrnehmung** und **-bewältigung**.

- 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 ist nun die Aufgabe des Arztes **herauszufinden**, was er hat.
- Der deutsche Arzt wiederum **erwartet** von den Patienten eine **differenzierte Beschreibung**.

Zu berücksichtigen ist, dass

- man für eine differenzierte Beschreibung **Anatomiekenntnisse** benötigt,
- viele aus einer **ländlichen Gegenden** stammen und **Analphabet** sind,
- **religiös geprägte** Krankheitsverständnis haben,
- orientalischen Gesellschaften **kollektivistisch** geprägt sind **und**
- nicht selbstverständlich ist, mit den Außenstehenden über die **interne Angelegenheiten der Familie** zu reden.

- Menschen aus dem **Orient** insbesondere aus dem **arabischen Raum** kennen das **Konzept der Psychotherapie** in der Regel nicht (daher eine zusätzliche Erläuterung nötig).
- Es ist schambesetzt über **belastende Themen** bzw. **das Erlebte** offen zu sprechen.
- Daher benötigen die Therapeuten entsprechende / angemessene **Fragetechniken** und **Herangehensweisen**, um die Klienten zum Reden zu motivieren.

Daher sehr darauf ankommt, ob eine **tragfähige Vertrauensvolle Beziehung** (auf Distanz) aufgebaut werden kann

Von Bedeutung ist dabei:

- Kommt der Mensch aus ländlichen oder städtischen Gebieten?
- Kommt er **z.B.** aus der Osttürkei oder aus der Westtürkei?
- Welchen religiösen Hintergrund hat er?
- Wie religiös ist er?
- Wie traditionell ist er?
- Welchen Bildungshintergrund hat er?
- Wie ist er sozialisiert?

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

**Um im interkulturellen
Überschneidungssituationen effektiv arbeiten zu
können, benötigen wir, im Gesundheitssektor
Tätige, interkulturelle Kompetenzen,**

Interkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migranten

Interkulturelle Kompetenz

- Die Vermittlung interkultureller Kompetenzen - als Querschnittskompetenz - ist **nicht verbindliche Bestandteil** in der Ausbildung der **Ergotherapie**. Das Thema wird – wenn überhaupt – als ein kleine Modul behandelt. (http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/gesundheitsberufe/lehrplan_ergotherapie.pdf?start&ts=1243253346&file=lehrplan_ergotherapie.pdf).
- Unter interkultureller Kompetenz wird zunächst die **Fähigkeit** und **Bereitschaft zur Selbstreflexion, Empathie, Flexibilität** und **Anerkennung von Vielfalt** verstanden.
- Dabei handelt es sich um die Kompetenz, auf Grundlage bestimmter Haltungen und Einstellungen in **interkulturellen Überschneidungssituationen effektiv und angemessen** zu agieren.
- 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 Behandlers.
- 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.

Interkulturelle Handlungskompetenz bedeutet:

- den eigenen und fremden kulturellen Standort kennen
- **Selbstreflexion** → die **Fähigkeit** und **Bereitschaft**, das **eigene internalisierte Wertesystem** kritisch zu reflektieren und wenn nötig anzupassen, um **offen für Neues zu sein**
- Andersartigkeit nutzen
- Ethnozentrismus abbauen
- kulturangemessen kommunizieren
- in kulturellen Überschneidungssituationen interkulturell kompetent handeln

- Zufriedenheit und Effizienz in der Zusammenarbeit mit Mitarbeitern und Klienten steigern
- tieferes Verständnis über kulturelle Zusammenhänge erreichen
- Konfliktfähigkeit
- Kreativität, Empathie, Offenheit, Flexibilität
- Toleranz, Achtung und Anerkennung von fremdkulturellen Orientierungen
- Transfer des Gelernten in die eigene Organisationsstruktur
- **Dezentrierung** (PA: Distanzierung des Therapeuten von seinen eigenen kulturellen Bezugspunkten)
- **Ambiguitätstoleranz** (Zentrale Kompetenz; Fähigkeit, Ungewissheit, Unsicherheit, Fremdheit, Nichtwissen und Mehrdeutigkeit zur Kenntnis zu nehmen und auszuhalten)

Wichtig ist

- in der Ergotherapie ein hohe Maß an **Kommunikationsfähigkeit** im interkulturellen Überschneidungssettings.
- Bewusstsein des Therapeuten über **kulturelle Hintergründe** seinen Handelns
- Berücksichtigung der **Individualität der Patienten**
- Berücksichtigung der **individuellen Bedürfnisse** der Patienten
- Kenntnisse über die **Fähigkeiten** und **Fertigkeiten** der Patienten
- Umgang mit **Stiften** (u.a. abhängig vom Bildungshintergrund)
- **Schuld** und **Scham** behaftete Themen wie z.B. **Haltung** des Patienten zum **malen** (Islam und malen)
- Wissen über die Hintergründe der Patienten, z.B. **Traumaerfahrungen**, Auswirkungen von **Krieg-**, **Gewalt** und **Foltererfahrungen**.

- **Vorteil der Ergotherapie** ist, dass **die Sprache** keine entscheidende Rolle spielt und Ergotherapie strenggenommen auch ohne Sprache möglich ist.
- **Aber** bei fehlender sprachlicher Verständigung könnte die **Qualität** und **Effektivität** darunter leiden.
- Wichtig ist z.B. im Rahmen einer **ergotherapeutischen migrantensensiblen Anamneseerhebung** folgendes zu erfahren:
 - Hobbys, Beruf, Bildungshintergrund, weshalb ist er in der Klinik (freiwillig / unfreiwillig), woher kommt er, was hat er, was muss besser werden bei ihm, woran würde er die Besserung bei ihm erkennen, seine Stärken, seine Schwächen, was kann er besonders gut, woran hat er Interesse oder Spaß, wie verbringt er sein Alltag, wie lange ist er in BRD, seine sprachlichen Fähigkeiten, wie integriert ist er, wie lebt er, traditionelle Wertorientierung, religiöse Prägung (wie religiös ist er), Aufenthaltsstatus, seine Einstellung der Klinik gegenüber, etc.

Fazit

- Interkulturelle Ergotherapie gewinnt zunehmend an Bedeutung.
- Zu berücksichtigen ist, dass Theorie und Praxis der Ergotherapie aus einer westlich geprägten Sichtweise heraus entstanden ist und in der praktischer Ausübung gegenseitige Missverständnisse entstehen können.

Wichtig ist

- Erfassung von kulturellen, religiösen und ethnischen Hintergründe des Patienten.
- Berücksichtigung von sämtlichen kulturellen Aspekte des menschlichen Lebens, wie Normen- und Wertvorstellungen, Riten, Rituale, innere Haltung, Glaube und Verhaltensweisen
- Entscheidend kommt es auf das **Interkulturelle ergotherapeutische Kompetenz** des Therapeuten an, ob eine effektive Arbeit gelingen kann.

Schlussfolgerung:

- Das Thema „**Interkulturelle ergotherapeutische Kompetenz**“ muss in den Gegenstandskatalog zur Ausbildungs- und Prüfungsordnung der Ergotherapie aufgenommen und integriert werden.

Interkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migranten am Beispiel der Türkeistämmigen

(Zwei Beispiele)

1) Familienstruktur der Türkeistämmigen

2) Religiöse Vorstellungen und Krankheitsverständnis am Beispiel des Islam

zu 1

Familienstruktur der Türkeistämmigen

Zur Struktur der aus dem türkisch/islamischen Kulturkreis stammenden Familien

- Es ist nicht möglich von „der türkischen Familie“ zu reden, genauso wenig wie man von „der deutschen Familie“ reden kann.

Die **Strukturen** der türkeistämmigen Familien und **Ausprägungsgrad der Normorientierung** unterscheiden sich stark nach der

- Herkunftsregion (Ost – West; Stadt – Land),
- Normen-, Traditions- und religiösen Orientierung,
- Bildung und Schichtzugehörigkeit,
- Generationszugehörigkeit,
- Verstädterung **und**
- vorgehende Migrationserfahrungen.

- Die Familie nimmt in der türkischen Gesellschaft einen hohen Stellenwert ein.
- Die Bindung des Individuums an die Familie ist stärker als die in den Industriegesellschaften.
- Trotz vieler Veränderungen hat sich das Grundmuster der traditionellen Familienstruktur bis heute erhalten.
- Die traditionelle und religiöse Wertorientierung ist im Vergleich zu westlichen Industriegesellschaften stärker.

Rollenverteilung

- Die traditionelle türkische Familie ist **hierarchisch** und **patriarchalisch** gegliedert.
- Die Hierarchie ist **geschlechts-** und **generations-abhängig**,
- Demjenigen, der jeweils höher steht, muss **Respekt, Achtung** und **Gehorsam** gezeigt werden.
- Die Beziehungsstrukturen sind von großer **interpersoneller Verbundenheit** und **Kollektivismus** geprägt.
- und diese ermöglicht in der türkischen Familie eine große **Kohäsion** (Zusammenhalt, Zusammenhangskraft).

- Die **unverheirateten Töchter** sind in der Familienhierarchie an unterster Stelle.
- Besonders die **Großeltern** – väterlicherseits – genießen großen Respekt und spielen bei den Entscheidungen eine wichtige Rolle.
- Schwierig ist die Position der **jungverheirateten Frau als Schwiegertochter** (*Gelin*).
- Sie muss sich an die Familie anpassen und Kinder – möglichst Söhne – in die Welt setzen, damit die **patrilineare Nachkommenschaft** gesichert ist.
- Bis zur Geburt der Kinder wird sie „**Gelin**“ (die, die kommt) genannt, danach wird sie „**Hanım**“ (Dame) genannt.

- die **Familienloyalität** beschränkt sich nicht nur auf die **Kernfamilie**, sondern auch **entfernten Verwandten**.
 - **Jedes Familienmitglied** ist eng an das familiäre Beziehungsgeflecht eingebunden und
 - jede **trägt Verantwortung** für die anderen Mitglieder.
- **Positiv** daran ist: Man ist füreinander da und unterstützt den Anderen.
- **Nachteil:** Verwandte / Nachbarn mischen sich in die Angelegenheiten anderer.
- Die Autoritätspersonen legen schwerpunktmäßig auf **Gehorsam** und **Respekt** Wert.
- Die **Selbständigkeit** und **Unabhängigkeit** der Kinder wird wenig gefördert.
- Die Bezugspersonen **übertragen** ihre Autorität auch auf ältere Geschwister, die den jüngeren als Vorbild dienen sollen.

Die Familie in der Migration hat eigenständige Züge

- Hier entsteht ein dritter Familientypus, der Züge der Herkunftsfamilie sowie Züge der deutschen Familie innehat.
- Hier vermischen sich die Wertvorstellungen von Orient und Okzident miteinander und bilden eine „Arabesk-Kultur“, welche durch Widersprüchlichkeit, Hoffnungslosigkeit und Trauer gekennzeichnet ist.

- die **Dominanz der väterlichen Autorität** tendenziell in Frage gestellt,
- Je länger der Vater von der Familie getrennt war und durch „**Ersatzautoritäten**“ vertreten wurde, umso mehr verliert er seine **väterliche Dominanz**.
- Um seine **ursprüngliche Rolle** wieder herzustellen, tritt er **autoritärer** auf.
- Diese verschärft die innerfamiliären Konflikte, insbesondere **Generationenkonflikte**.
- Der Vater versucht seine Familie gegen den Einfluss der "**fremden Welt**" zu schützen, indem er **stärker** an den **traditionellen Normen** und **Verhaltensweisen** festhält.

Ohne Berücksichtigung der individuellen Strukturen der Familie ist die Therapie zum Scheitern verurteilt.

Wichtig ist:

- Begrüßungsritual.
- Klärung der Erwartung des Patienten.
- Berücksichtigung der Individualität des Patienten.
- Klärung des Bildungs- und Sprachniveaus, des Sozialstatus, der Einstellung des Patienten den Institutionen gegenüber.
- Gestaltung des Gesprächssettings,
- Interaktions- und Kommunikationsweisen,
- Umgang mit Hierarchieebenen,
- Parteinahme,
- Verstrickungen und Verwicklungen.

zu 2

Religiöse Vorstellungen und
Krankheitsverständnis
am Beispiel des Islam

- Der Islam ist eine **monotheistische Religion** (an einen einzigen Gott glaubend).
- Er ist von **Mohammed** zwischen **610 und 632** (nach Chr.) in Mekka und Medina gestiftet.
- Der Islam versteht sich nicht nur als eine **Religion**, eine **Glaubensrichtung**, sondern auch als eine **Staatsordnung**.

Der Islam ist eine **Offenbarungsreligion** und gründet sich auf die Lehren des Koran.

Koran: (arabisch: gara'a, Lesen, Vortragen)

Rezitationsbuch (künstlerischer Vortrag einer Dichtung, eines literarischen Werkes), **das heilige Buch des Islams in arabischer Sprache.**

Glaubensgrundsätze

1. Glaube an einen einzigen Gott.
2. Glaube an Engel.
3. Glaube an die "Heiligen Bücher" als Offenbarungen Gottes; also Thora (Moses), Psalter (David), Evangelium (Jesus) und Koran (Mohammed).
4. Glaube an Propheten (David, Moses, Jesus und Mohammed), wobei Mohammed der letzte und größte Gesandte Allah's ist.
5. Glaube an das Jüngste Gericht und an die Auferstehung der Toten.
6. Glaube an das Schicksal, ob gut oder schlecht, dass es von Allah allein bestimmt ist.

Grundpflichten

Menschen, die an den Islam glauben, sind verpflichtet, folgende **5 Grundpflichten** (wird auch "**Säulen des Islams**" genannt) zu erfüllen :

1. Die Bezeugung, dass es keinen Gott gibt außer Allah und dass Mohammed der Gesandte Allah's ist. Diese Glaubensbekenntnis (**Schahada**) ist die erste und zentralste Pflicht des Muslims.
2. Verrichtung des Gebets (**Salah**).
3. Zahlung der Pflichtabgabe (**Almosensteuer, Zekat**)
4. Fasten im Monat Ramazan
5. Pilgerfahrt nach Mekka (**Hadsch, Hac**)

Alevismus

Was ist Alevismus ?

Dem Wortsinn nach bedeutet Alevi: „Anhänger Ali's“

(Aliyi sevenler; Şia = yandaş; Şii = yan tutan)

- Ali war der Neffe und **Schwiegersohn** des Propheten Mohammed und gehörte zu den **ersten 4 Gläubigen** des Islams an.

Die Glaubenslehre der anatolischen Aleviten

Die religiöse Identität der Aleviten verdichtet sich in der Formel: **eline, diline, beline**

- **Hände** (eline): Die Forderung, die Hände nicht nach Dingen auszustrecken, die einem nicht gehören.
- **Der Zunge** (diline): Die Wahrung des Geheimnisses vor Außenstehenden, Meidung von Lügen, Verleumdung und übler Nachrede.
- **Lende** (beline): Das Gebot, sexuelle Handlungen auf Monogame Ehe zu beschränken.

Die verborgene Wahrheit, um die es bei den Aleviten geht, ist die Einheit allem Seienden „vahdet-i-vücut“.

Diese Lehre ist im folgenden Satz enthalten:

„Nur wer Gott in den Menschen und die Menschen in den Gott erblickt, weiß um die absolute Wahrheit“.

Das wundervollste Buch,
das es zu lesen gibt,
ist der Mensch selbst

Hacı Bektaş Veli

Einige Unterschiede zwischen Sunniten, Aleviten und Schiiten

Glaubensbekenntnis	Sunniten	Gott Allah und sein Prophet Mohammed
	Schiiten / Aleviten	Zusätzlich: Ali, Freund Gottes
Propheten	Sunniten	Mohammed
	Schiiten / Aleviten	Ali
Sakralort	Aleviten	Cem, Freigestellt
Gebetsvorschriften	Schiiten / Sunniten	5 Mal in der Moschee
Nachfolge von Mohammed	Sunniten	Ebu Bakr
	Schiiten / Aleviten	Ali
Ort der Pilgerfahrt	Sunniten	Mekka / Medina
	Schiiten / Aleviten	Kerbela
Fasten	Sunniten / Schiiten	Ramadan (30 Tage)
	Aleviten	Muharrem (12 Tage)

Die **multiethnische** und **multireligiöse** Gesellschaft in der Türkei setzt sich folgendermaßen zusammen:

- **Sunnitischen Muslime** (stellen den größten Anteil)
- **Aleviten** (15–20 %)
- **Schiiten**
- **Christen** (Armenisch-orthodoxe, Römischen Katholiken, Syrisch-Orthodoxe Griechisch-Orthodoxe)
- **Juden**

ISLAM
und
KRANKHEIT

Gesundheit und Krankheit im Islam

- Nach dem orthodoxen Islam ist die Krankheit als Prüfung Gottes, als Gnadenerweis und Sündenvergebung angesehen.
- Sowohl die Krankheit als auch die Heilung unterliegen allein der Gottesgewalt und ihnen muss mit Geduld und Ruhe begegnet werden.
- Die Ursachen der Krankheiten liegen außerhalb des Körpers bzw. der Psyche und drängen von außen ein

Traditionelle Heiler und Behandlung von Krankheiten

Nach den traditionell-magisch-religiösen Vorstellungen sind die Krankheiten auf

- 1) natürliche Phänomene oder auf
- 2) übernatürliche Kräfte (wie animistisch-magische Seinsformen) zurückzuführen.

Zu 1) Natürliche Phänomene

- Krankheiten als Folge von :
- klimatische Einflüsse,
- falsche Ernährung und
- vier Naturelemente (Luft, Feuer, Erde, Wasser).

Behandlung durch (z. B. Herbalist(in), Kocakari):

- Verabreichen von Lebensmitteln, Kräutern und Heilwassern,
- Einreiben mit Duftwasser, Olivenöl oder Joghurt und
- Auflegen von Pasten aus Lebensmitteln.

Zu 2) übernatürlichen Kräfte

Danach verursachen „schlechte Kräfte“ oder „böse Geister“ angeblich Krankheiten, indem sie **in den Körper** eindringen

durch:

- Geisterwesen,
- Bösen Blick **oder**
- Zauberei



Beschwerden, die diese Wesen bei Menschen auslösen können, sind u. a.:

- das Gefühl einer plötzlichen Schwere, die sich über Seele und/oder Körper legt
- das Gefühl, besonders **reizbar** und **nervös** zu sein
- psychotische Symptome wie Halluzinationen
- die **Wahrnehmung von Klopfen oder Stimmen**, die sonst niemand hört
- neurologische Symptome wie **Lähmungen** und Krämpfe
- chronische Beschwerden
- psychosoziale Probleme (wie inner- und außerfamiliäre Streitigkeiten und zwischenmenschliche Beziehungskrisen)
- ökonomische und berufliche Schwierigkeiten
- plötzlich eingetretene Krankheiten, die man nicht erklären kann

- Dem Betroffenen kann nach diesem Konzept nur ein Heilkundler helfen, der **Zugang zur „anderen Welt“** hat und **Einfluss auf die Dschinn** ausüben kann.
- Dieser Mensch ist der „**Cinci Hoca**“, der durch magische Praktiken und mithilfe der Religion die **Dschinn vertreiben** und damit die **Krankheit heilen** könnte.

Einige im türkischen Kulturraum bekannte traditionelle Heiler

- Hodscha (sunnitisch religiöse Geistliche),
- alevitisch religiöse Geistliche (*Dede / Çelebi*),
- Mystiker (*Derviş / Sufi*),
- Herbalisten bzw. Kräuterheiler (*Kocakarı*),
- traditionelle Hebammen und heilkundige Frauen (*Ocak / Ocaklı*),
- Knochenheiler (*kırıkçı*),
- Gewürz- und Pflanzenmittelverkäufer (*aktar*).

Diagnose

- Der Betreffende **alleine**, **in Begleitung von Angehörigen** oder die **Angehörige** (ohne den Betreffenden) **konsultieren z.B.** den Hodscha.
- Dieser fragt in der Regel nach **Namen** und **Geburtsdatum** des Betreffenden und stellt meistens mithilfe seiner Bücher über **islamische Kosmologie** bzw. des Koran oder des so genannten **“Yıldızname”** (ein Buch über schwarze Magie), **worin alles stehen soll, seine Diagnose.**

- Die Diagnosestellung geht **nicht in die Richtung**, differenzieren zu wollen, **um welche Krankheit** es sich handelt, sondern wichtig ist, **festzustellen**, ob hinter dem Unheil **büyü, nazar, cins, Sünde** oder **andere Kräfte** stecken.
- Wenn es so ist, geht es primär darum, festzustellen, **durch wen** oder **was** dieses verursacht wurde.

Einfluss von Hodschas

- Was leistet der Heiler? -

- Hodscha als Respektperson genießt eine gewisse Autorität, kompetente Person, deren Handlung nicht angezweifelt bzw. nicht in Frage gestellt werden darf
- Der Interaktions- und Kommunikationsstil ist durch kulturspezifische Regeln bestimmt.
- Der Ratsuchende geht mit einer inneren Bereitschaft zu ihm, sein Rat anzunehmen und umzusetzen
- Einigkeit der beiden über die Krankheits- und Heilvorstellungen
- Der Patient erfährt eine innere Entlastung bezüglich der Schuld- und Verantwortungsfrage
- Komplizierte psychische Phänomene werden oft in bildhaften Beschreibungen und metaphorischen Umschreibungen wiedergegeben
- Der Hodscha übernimmt eine aktive Rolle, gestaltet das Setting, gibt der Störung einen Namen und einen Sinnzusammenhang, erstellt die Diagnose und den Behandlungsplan
- Durch seine Interventionen und vielfältigen Suggestionen weckt der Hodscha in dem Betreffenden Hoffnungen und reaktiviert somit die Selbstheilungskräfte

Therapeutische Haltungen

- Die Konsultation eines traditionellen Heilers darf nicht **überbewertet** werden (oft Ausdruck von **Enttäuschung und Hilflosigkeit, Verzweiflungshandlung**)
- Das Aufsuchen von professioneller Hilfe ist ein **Zeichen der Bereitschaft und Offenheit** und sollte als ein **Beziehungsangebot** verstanden werden.

Für das **therapeutische Vorgehen** empfiehlt sich:

- wie bei jedem anderen Patienten von einem **individuellen Krankheitserleben** auszugehen
- über die **Krankheits- und Heilungsvorstellungen** der Patienten und ihrer Familien Kenntnisse zu haben, diese bei der Behandlung zu **berücksichtigen**
- das Thema **nicht zu tabuisieren**, sondern **thematisieren** und **aufzuarbeiten**
- traditionellen Heiler nicht in die Behandlung **einzubeziehen** und die Patienten nicht zu ihnen zu **schicken**
- unabhängig von seinen religiösen Vorstellungen, **den Patienten zu helfen** und **gesunde Bewältigungsstrategien** zu entwickeln, die ihm helfen könnten

Alles andere soll selbstverständlich der freien Entscheidung des Patienten überlassen werden



Ali Kemal Gün

**Interkulturelle
Missverständnisse
in der Psychotherapie**

**Gegenseitiges Verstehen
zwischen einheimischen
Therapeuten und türkei-
stämmigen Klienten**

Lambertus

Besondere Anforderungen an Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten bei der Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund

Dr. L. Joksimovic

FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Ltd. OÄ, LVR Klinikum Düsseldorf, LVR Klinik Viersen

Viersen, 08.11.2016

Gliederung

1. Einführung: interkulturelle vs. transkulturelle Kompetenz
2. Feststellung von Therapiezielen im transkulturellen Kontext
3. Förderung der kooperativen Arbeitsbeziehung im transkulturellen Kontext

1. Einführung: Transkulturalität vs. Multi- und Interkulturalität

- Multi- und Interkulturalität – basieren auf einem essentialistischen Kulturbegriff, in dessen Vorstellung Kulturen in sich homogen und klar voneinander zu unterscheiden sind.
- Kulturen vielleicht - Menschen sicher nicht

- Der Ansatz des Multikulturalismus impliziert, dass es dabei nicht zur Verflechtung der verschiedenen Kulturen kommt, sondern dass diese nebeneinander bestehen. Das Konzept der Multikulturalität versucht daher daran anknüpfend, Möglichkeiten der Verständigung, Toleranz und Konfliktvermeidung nachzugehen (vgl. Welsch 1995).

Transkulturalität vs. Multi- und Interkulturalität

- Der Interkulturalitätsansatz geht im Unterschied zu der Idee der Multikulturalität von einem Interaktionsverhältnis verschiedener Kulturen aus.
- Das Modell der Interkulturalität beruht aber ebenfalls auf angenommenen Differenzbeziehungen zwischen dem kulturell Eigenen und dem kulturell Anderen.
- Dementsprechend wird kulturelle Verschiedenartigkeit als Begründung für mögliche Konflikte benannt und als Lösungsansatz die Vermittlung von Wissen über kulturelle „Andersartigkeit“ präsentiert.

Transkulturelle Kompetenz im klinischen Setting

Transkulturelle Kompetenz ist eine **professionelle Haltung** und **Sensibilität** dafür, dass allein das reine Wissen über Sitten, Gewohnheiten und Gebräuche von Menschen aus anderen Ländern, uns nicht ermöglichen kann z.B. ungewohntes (Krankheits-) Verhalten oder eine uns fremd erscheinende Beziehungs-/Kommunikationsgestaltung von Patienten zuverlässig zu charakterisieren und nach dem Prinzip einer Gebrauchsanweisung handhabbarer zu machen.

Transkulturelle Kompetenz

- Transkulturell kompetente Professionelle im Gesundheitswesen dürfen in schwierigen Situationen mit Patientinnen und Patienten mit Migrations- und Fluchtgeschichte **nicht vorschnell auf „Kultur“** als einzige Erklärung hierfür zurückgreifen.
- Sie müssen **parallel** und **ohne jegliche Hierarchisierung** die entstandene Problemlage auf andere mögliche Ursachen untersuchen. Diese können sowohl in der Person der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters als auch der Patientin bzw. des Patienten begründet sein, aber auch im Krankheitsbild, der aktuellen Lebenssituation oder in institutionellen Rahmenbedingungen. Häufig greifen alle diese Aspekte ineinander (Joksimovic & Schröder, 2016)

Transkulturell kompetente professionelle Haltung ist

- verantwortungsvoll
- neugierig
- untersuchend
- nichtwissend
- interessiert
- nachfragend
- hinterfragend
- klärend
- erklärend
- nicht hierarchisierend
- selbstbewusst

Der Begriff der **Interkulturalität** beruht auf angenommenen Differenzbeziehungen zwischen dem kulturell Eigenen und dem kulturell Anderen. Kulturelle Verschiedenartigkeit wird als Ursache für möglicherweise auftretende Kommunikationsstörungen angesehen; Lösungsansätze liegen in der Vermittlung von Wissen über die kulturelle Unterschiedlichkeit.

Der Begriff der **Transkulturalität** verweist auf eine eher untergeordnete Bedeutung von Wissen über „andere Kulturen“ und verweist stattdessen auf deren zunehmende hybride Verfasstheit. Er basiert auf einem dynamischem Kulturbegriff, kulturelle Differenzen werden als temporäre, durchlässige und heterogene Phänomene betrachtet (vgl. hierzu z. B. Welsch, W. 1995. Transkulturalität. Zur veränderten Verfasstheit heutiger Kulturen. In: Zeitschrift für Kulturaustausch 1, S. 39-44).

Je nach klinischen Behandlungskontexten und –konzepten können sowohl interkulturelle als auch transkulturelle Ansätze in ihrer Anwendung passend sein.

2. Feststellung von Therapiezielen im transkulturellen Kontext

- Trans-/Interkulturelle Kompetenz in der Ergotherapie wird m.E. insbesondere benötigt, wenn Patientinnen/Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund eine völlig andere Vorstellung als die Ergotherapeutin/der Ergotherapeut davon haben, was ihnen gut tut.
- Bekannterweise ist aber das Gefühl des Patienten, dass ihm geholfen werden kann, im Allgemeinen positiv mit dem Therapieergebnis verbunden (Morgan et al, 1982).

2. Feststellung von Therapiezielen im transkulturellen Kontext

- Migranten bringen das Vertrauen in die Methode i.d.R. nicht von sich aus mit.
- Daher ist im transkulturellen Kontext oft die erste Herausforderung, den Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass ihnen mit den Methoden der Ergotherapie geholfen werden kann.
 - Dies ist einerseits durch Akzeptanz,
 - andererseits durch explizites Aufgreifen und Ansprechen von Skepsis und Ängsten der Patienten hinsichtlich der Ergotherapie möglich. Sie sollten als berechtigte Sorgen validiert werden.

Das bringt alles nichts...

T. Ich kann verstehen, dass nachdem so viele Versuche fehlgeschlagen sind, Sie so mutlos geworden sind. Ich möchte Ihnen dennoch Mut machen, die Behandlung fortzusetzen

T. Ich vermute, dass Sie sich schwer vorstellen können, dass das was wir hier in der Ergotherapie machen Ihnen helfen kann. Dennoch möchte ich Ihnen Mut machen, es mit allen Ihnen zu Verfügung stehenden Mitteln auszuprobieren.

Wie erkläre ich es?

„Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind.“

Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken.“ (DVE 08/2007)

Ist das Ihr Ziel?

Ergotherapie bei psychischen Erkrankungen

Grundsätzliche Ziele sind die Verbesserung von:

- Antrieb, Ausdauer, Motivation, Selbstständigkeit und Tagesstrukturierung
- Psychische Stabilität, Selbstvertrauen und eigenständige Lebensführung
- Kognitive Fähigkeiten, wie Gedächtnisleistung und Konzentration
- Sozio-emotionale Funktionen, wie Interaktion und soziale Kontakte
- Arbeitsfähigkeit mit den dafür erforderlichen Anforderungen

Behandlungsansätze sind zum Beispiel:

- Training der Alltagsaktivitäten (ADL), hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- Arbeitstherapie zum Wiedereinstieg in den Beruf
- Hirnleistungstraining
- Training der Sinneswahrnehmung
- Gestalterische Tätigkeiten und Körpererfahrungen
- Angehörigen-Beratung

Hat mein Patient mich verstanden?

- Wären Sie bereit mir zu sagen was Sie verstanden haben?
- Das ist für mich als Ihren Therapeut sehr wichtig. Dann weiß ich ...
- Gibt es etwas was ich noch einmal erklären soll?
- Gibt es etwas was ich mit anderen Worten erklären soll?

Habe ich meinen Patienten verstanden?

- Gibt es etwas was ich über Ihre Kultur und ihre Migrationsgeschichte wissen soll?
- Was verbinden Sie mit Gesundheit?
- Was verbinden Sie mit Arbeit?
- Was verbinden Sie mit Rente?
- Was weiß ich von migrationsbezogenen Stressoren?

Eine effektive Ergotherapie bei Migranten und Flüchtlingen ist nur durch ein gleichbedeutendes Zusammenwirken von verschiedenen Einflussfaktoren möglich.

Institution

Arzt/
Psychotherapeut

Behandlungsmethode

Ergotherapeut

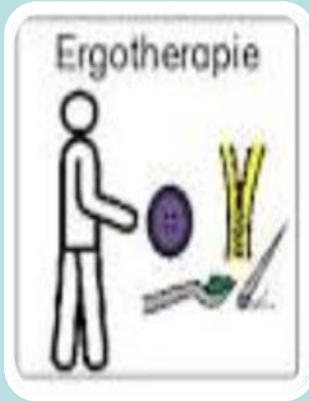
Patient



- Institutionelle Zielvereinbarung: umfassende Integration von Migranten und Flüchtlingen innerhalb der Regelversorgung
- Schaffung von Anreizen für Mitarbeiter/innen für den Erwerb von transkulturellen Kompetenzen
- Einstellung von muttersprachlichen Fachkräften
- Diversity management, Transkulturelle Supervision ermöglichen



- transkulturelle Kompetenz
- traumatherapeutische Kompetenz
- einschlägige Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen aus anderen Ländern und Gesellschaften
- Sensibilität für sozio-kulturelle und gesellschaftliche Realität des Patienten
- Bereitschaft zur Reflexion



Behandlungsmodelle greifen nur dann, wenn sie für spezifische Belastungen von Migranten modifiziert werden:

- kultur- und traumaadaptiert
- würdevoll, personalisiert und frei von Vorurteilen und diskriminierenden Interventionen
- explizite Förderung des tragfähigen Arbeitsbündnisses



- Aktive Mitarbeit
- Vertrauen
- Bereitschaft Ängste und Skepsis zu überwinden
- Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses der ergotherapeutischen Arbeit.

3. Förderung der kooperativen Arbeitsbeziehung

ErT. *Mir ist es aufgefallen, dass Sie die meiste Zeit über Ihre Schmerzen klagen.*

P. *Ja, es tut mir leid, manchmal schäme ich mich dafür, aber das ist einfach mein größtes Problem.*

ErT. *Ich finde es in Ordnung, dass Sie hier über das reden, was Sie belastet.*

P. *Und ich denke immer, dass das keiner mehr hören kann.*

ErT. *Ich bin mir sicher, dass die Ergotherapie für sie nützlich sein kann.*

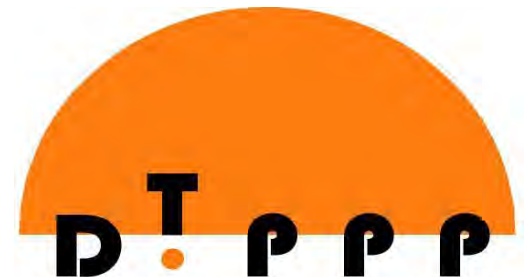
P. *Hm, weiß ich nicht.*

ErT. *Was meinen Sie?*

P. *Ich glaube es nicht, aber ich mache alles..*

ErT. *Wie so glauben Sie das nicht?*

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Dachverband der transkulturellen
Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
im deutschsprachigen Raum e.V.

Postfach 26 22 - 59016 Hamm
Deutschland
info@transkulturellepsychiatrie.de

www.transkulturellepsychiatrie.at
www.transkulturellepsychiatrie.ch
www.transkulturellepsychiatrie.de

Workshop 3:

Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlerinnen/-mittlern (SIM) in der Ergotherapie der LVR-Kliniken

(08.11.2016)



Dipl.-Psych. Monika Schröder, Psychotherapeutin
Psycholog. Leiterin Transkulturelle Ambulanz für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Mitarbeiterin LVR-Klinikverbundprojekt Migration

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf



**„Psychotherapie mit Dolmetschern?
Das geht nicht! Und erst recht nicht bei
traumatisierten Patienten.“**

(deutsche Psychotherapeutin, 57 Jahre, während einer Fortbildung)

Die Meinung dieser Psychotherapeutin, dass der Einsatz von Dolmetscher/innen bzw. Sprach- und Integrationsmittler/innen im psychologisch-psychiatrisch-medizinischen Arbeitsfeld ungewöhnlich und schwer handhabbar ist, vertreten immer noch viele Fachleute in Deutschland.

(Ghaderi und van Keuk, 2008)

Psychotherapeutische Behandlung unter Hinzuziehung von Sprach- und Integrationsmittlerinnen/–mittlern (SIM)

Begriffsklärung:

- ✦ Dolmetscherin, Dolmetscher?
- ✦ Sprach- und Integrationsmittlerin, -mittler?
- ✦ Laiendolmetscherin, Laiendolmetscher???
- ✦ Interne Dolmetscherliste der LVR-Kliniken?
- ✦ Übersetzer, Übersetzerin??
- ✦ Sprach- und Kulturmittler, -mittlerin???
- ✦?????



LVR-VERBUNDPROJEKT MIGRATION

Förderschwerpunkt:
**Einsatz von Sprach- und
Integrationsmittlerinnen/-mittlern (SIM)
in den LVR-Kliniken bei Patientinnen
und Patienten mit Migrations- bzw.
Fluchthintergrund**

LVR-Klinikverbundprojekt Migration

(Leitung: L. Joksimovic, LVR-Klinikum Düsseldorf
Mitarbeiterinnen: M. Schröder, K. Diel)



2. Auflage, 10/2015 Druck und Layout: LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln

Beispielhaftes Projekt
Landesinitiative
Gesundes Land | Nordrhein
Westfalen | 2015⁺

LVR-Klinikverbund



LVR-Klinikverbundprojekt Migration



„Missverständnisse sind die häufigste
Form menschlicher Kommunikation“

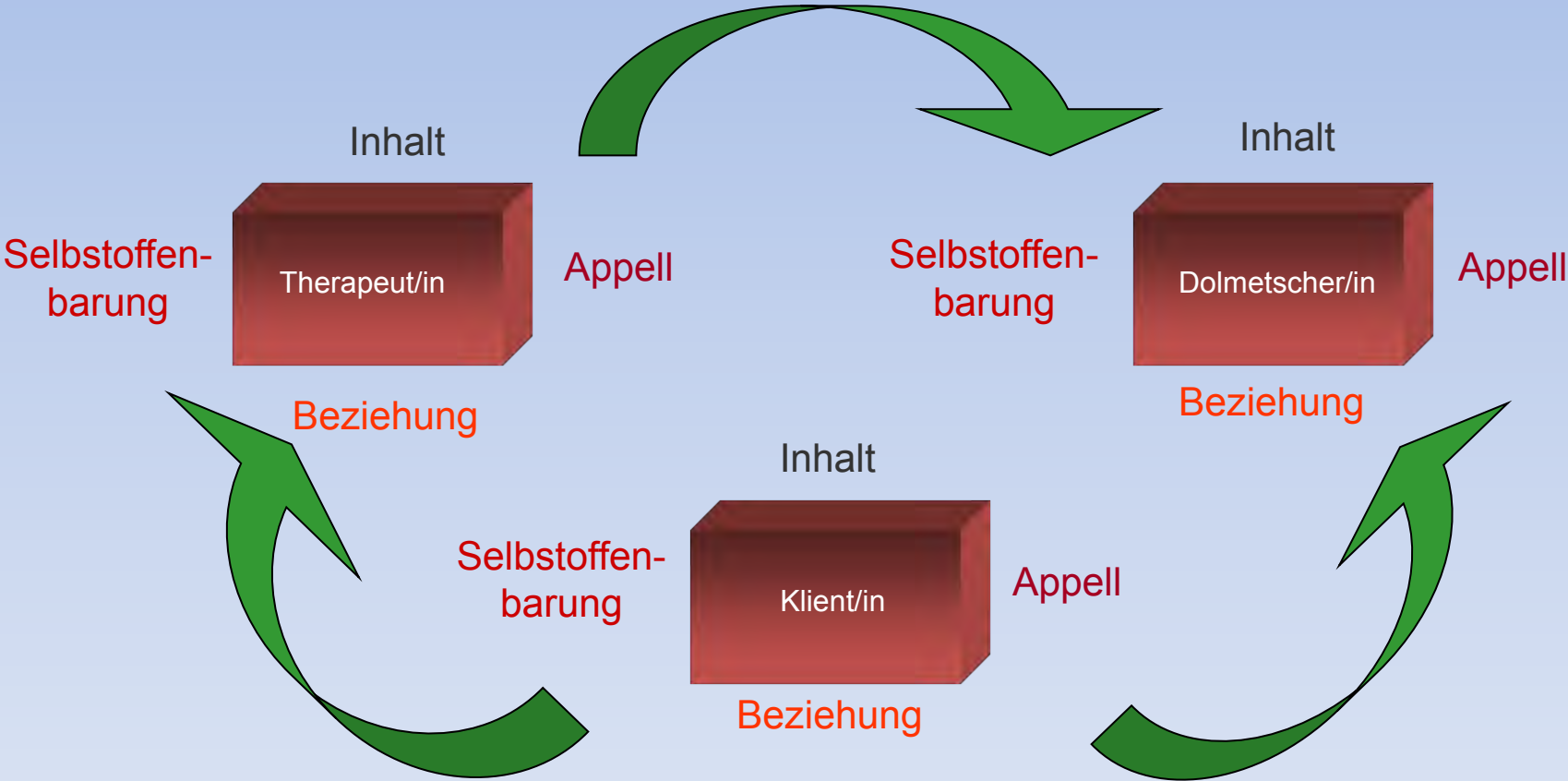
(Peter Benary, *1931, dt. Musikwissenschaftler u. Aphoristiker)



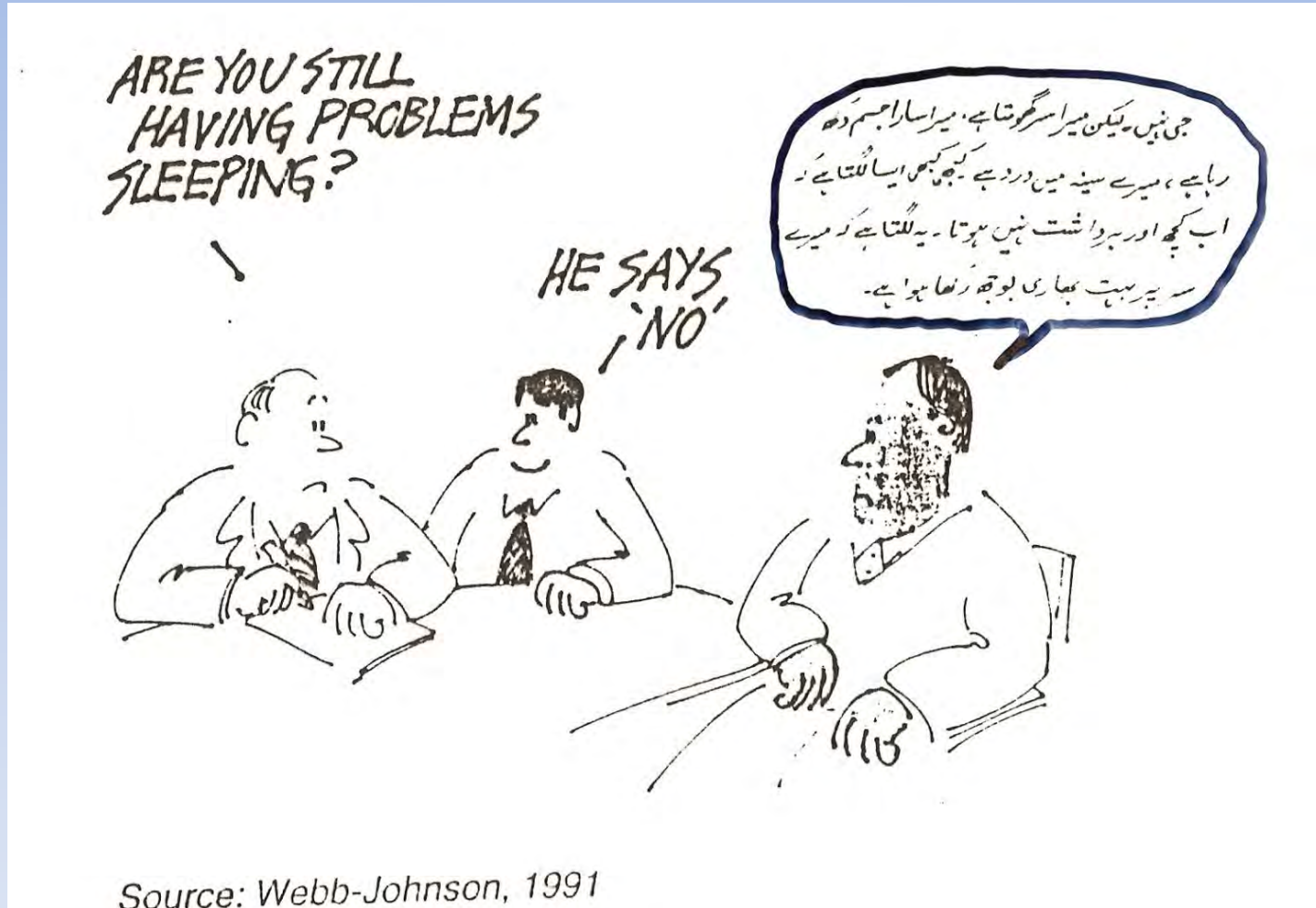
Psychotherapeutische Behandlung unter Hinzuziehung von Sprach- und Integrationsmittlerinnen/–mittlern (SIM)

Kommunikationsmodell

Die vier Seiten einer Nachricht (Schulz v. Thun 1992)



Psychotherapeutische Behandlung unter Hinzuziehung von Sprach- und Integrationsmittlerinnen/–mittlern (SIM)



Psychotherapeutische Behandlung unter Hinzuziehung von Sprach- und Integrationsmittlerinnen/–mittlern (SIM)



Beziehungsgestaltung als Triade mit klaren Rollenverteilungen



Wahrscheinlichkeit, dass die Nachricht subjektiv verzerrt ankommt, ist bei drei Personen als mögliche Sender und Empfänger deutlich erhöht

Ausgangslage (seit über 50 Jahren)

A Laiendolmetschen, „natürliches Dolmetschen“ von und für MigrantInnen
(Familienmitglieder, Nachbarn, Freunde, Landsleute, besonders prekäre Gruppe:
„Kinderdolmetscher“)

B Semiprofessionelles Dolmetschen (Ad-Hoc-Dolmetschen)
(„offensichtlich“ bilinguale Reinigungsfachkräfte, Krankenschwestern, PflegerInnen,
Arzthelferinnen, Ärzte und andere Fachkräfte mit Migrationshintergrund vor Ort,
Integrationslotsen, Stadtteilmütter, MiMis, etc)



Forderung nach Professionalisierung des Dolmetschens von MigrantInnen für MigrantInnen = Forderung nach **EMPOWERMENT und ANERKENNUNG sowohl der MigrantInnen als KlientInnen als auch der MigrantInnen als DolmetscherInnen** (migrationspolitische UND berufspolitische Dimensionen der **QUALITÄTSSICHERUNG beim Dolmetschen**)

Psychotherapeutische Behandlung unter Hinzuziehung von Sprach- und Integrationsmittlerinnen/–mittlern (SIM)



Psychotherapeutische Behandlung unter Hinzuziehung von Sprach- und Integrationsmittlerinnen/–mittlern (SIM)

Studie von BISCHOFF und DENHAERYNCK (Basel 2010):

Repräsentative Stichprobe, Asylbewerber in einem Schweizer Gesundheitsversorgungszentrum (rund 500 TN)

Ergebnisse:

- Sprachbarrieren haben einen großen Einfluss auf Qualität und Kosten in der Gesundheitsversorgung
- auf Dauer: bei Einsatz von geschulten Dolmetschern kommt es zu einer gezielteren Versorgung, die Häufigkeit der Inanspruchnahme wird reduziert
- Vermutung, dass sich die anfänglich hohen Kosten im Laufe der Zeit amortisieren
- Daten fehlen – weitere Studien dringend erforderlich

What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland . *BMC Health Services Research*, 10(1): S. 248.



Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees.

Brune, M., Eiroá-Orosa, F.J., Fischer-Ortman, J., Delijaj, B. und Haasen, C. International Journal of Culture and Mental Health, Volume 4, Issue 2, 2011 , p. 144-151

This study compares the outcome of 190 individual psychotherapies with refugees with post-traumatic disorders, half of them with the help of interpreters, the other half without.

The results show that psychotherapies with the help of interpreters were as effective as those without, even though the psychosocial conditions (such as employment, training, foreign language proficiency and social network) for those patients who needed interpreters were tougher.

We conclude that psychotherapy with the help of an interpreter should not be considered the poorer alternative.

Auswahl der SIM als ein zentraler Aspekt

- Berücksichtigung der spezifischen Merkmale des/der Klient/in (Symptomatik, Sprachfähigkeit, biographischer Hintergrund)
- Auswahl des „geeigneten“ Sprach- und Integrationsmittlers nach Sprachfähigkeit, soziodemographischen Merkmalen und gesellschaftlichem Status (können in Deutschland und Herkunftsland variieren)
- Persönlichkeit der SIM, ihre/seine politische, ethnische und religiöse Orientierung und insbesondere ihre/seine beruflich professionelle Haltung von hoher Bedeutung

Warum professionelle SIM?

Beratung und Behandlung unter Hinzuziehung SIM:
hochkomplexe Kommunikationssituation, die

- ✓ klare Aufgaben- und Rollenverteilungen
- ✓ die Bereitschaft zur Reflektion (z. B. um ein gemeinsames Verständnis der Psychodynamik und des therapeutischen Verlaufs erarbeiten zu können)
- ✓ hohe Fachkenntnisse erfordert



Professionelle Haltung =

Kenntnis und Umsetzung der Grundregeln des Behandlungssettings:

- Transkulturelle Sensibilität
- Reflektierte Subjektivität
- Unbefangenheit
- Neutralität
- Regeln/Anforderung an die Tätigkeit als SIM
- Schweigepflicht



❖ **Transkulturelle Sensibilität:**

- Bewusstsein für die Kulturgebundenheit der eigenen Wahrnehmung und damit die Relativität eigener Wertungen
- Reflektionsfähigkeit bzgl. eigener Haltungen und dem Einfluss eigener Migrationserfahrungen, die zu unterschiedlichen Loyalitätsbezügen führen können Ferner bedeutet es
- soziale und kommunikative Kompetenz, sich verbal und nonverbal in beiden Sprachen und Kulturen akzeptabel und verständlich ausdrücken zu können und evtl. Erwartungsdifferenzen aufgrund des transkulturellen Settings wahrzunehmen



Psychotherapeutische Behandlung unter Hinzuziehung von Sprach- und Integrationsmittlerinnen/–mittlern (SIM)

❖ **Neutralität:** „reflektierte Subjektivität“

- Kein Briefträger-/Telefonleitungsmodell („neutrale“, quasi-unsichtbare Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher, geschlechtliche, parteiliche, ethnische oder sonstige Zugehörigkeit unwichtig)
- Unterschiedliche Zugehörigkeiten und evtl. vorhandene divergente Haltungen können in der Realität nicht vollständig aufgehoben werden.
- Neutralität = reflektierte Subjektivität
- Behandlerin/Behandler und möglichst auch SIM sollte die emotionale Dimension von Nähe und Fremdheit im Gespräch durch Erwartungen bzgl. Inkongruenzen/Kongruenzen des Erfahrungshintergrundes bewusst sein



❖ **Unbefangenheit:**

- keine persönlichen oder gar verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen SIM und Patientin bzw. Patient
- Befangenheit der SIM kann auch inhaltlich durch bestimmte Themen der Patientin bzw. des Patienten ausgelöst werden (z.B. gleiches Herkunftsland und somit gleiche Kriegserfahrungen)
- Ebenso können familiäre oder sonstige Aspekte heftige emotionale Reaktionen hervorrufen

Befangenheit kann sich in Form von Überidentifikation, aber auch durch völliges Distanzieren und Ablehnen äußern

❖ **Schweigepflicht:**

- juristische Pflicht
- Voraussetzung, um der Patientinnen und Patienten Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln



Psychotherapeutische Behandlung unter Hinzuziehung von Sprach- und Integrationsmittlerinnen/–mittlern (SIM)

Die Spezifika der meisten interkulturellen Kommunikationssituationen sind auch im Behandlungssetting gegeben:

Verschränkung von **Machtgefälle und Kulturdifferenz**

- Behandlerinnen bzw. Behandler sind verantwortlich für die Gesprächsinhalte und den Verlauf, nicht die SIM damit überfordern
- Die (häufig non-verbal vermittelten) Vorgaben der Behandlerin/des Behandlers werden von SIM wie auch Patientinnen bzw. Patienten in der Regel angenommen



Auf Seiten der Behandlerin/des Behandlers:

- Reflektion der eigenen Haltung
- Reflektion des eigenen kulturellen Eingebundenseins
- Ambiguitätstoleranz
- Bewusstsein über die eigene Rolle
- Bewusstsein für die **Machtasymmetrie** der Begegnung
- „Diversity“-Kompetenz

Beziehungsgestaltung als Triade mit klaren Rollenverteilungen

- Arbeitsbündnis mit unterschiedlichen Aufgaben
- Ablauf: Vorgespräch – Diagnostik- bzw. Therapiegespräch - Nachgespräch
- Verantwortung der Behandlerin/des Behandlers für die Gesprächsinhalte und den (therapeutischen) Prozess



Angemessene Kommunikation

- Angepasste Wortwahl
- Direkte Rede, Ich-Form
- Konsekutive Übersetzung
- Übersetzung „so wörtlich wie möglich“
- Transparenz des Gesprochenen für alle Beteiligten
- Bedeutung von nonverbalem und paraverbalem Kontakt steigt



Ablauf der (psychotherapeutischen) Behandlung

Vor dem Gespräch:

Info einholen über Patientin bzw. Patient

(Anmeldebogen: Herkunft, Familienstand, Beschwerden, Sprache, Sprach- und Integrationsmittler ja/nein, überweisender Arzt..)

SIM anfordern

- ✓ Ausreichend Zeit einplanen für das Vorgespräch mit den SIM
 - Kennenlernen
 - Auftragsklärung
 - Erwartungen/Befürchtungen (Stichworte: z. B. Form der Übersetzung, Umgang mit Misstrauen, Psychose)

Psychotherapeutische Behandlung unter Hinzuziehung von Sprach- und Integrationsmittlerinnen/–mittlern (SIM)

Vorgespräch mit SIM:

- ❖ Information über Inhalt, Ziel und Dauer des Gesprächs
- ❖ Notwendigkeit, bei Verständnisproblemen jederzeit nachfragen zu können
- ❖ Möglichkeit, sich Notizen zu machen (Namen, Zahlen, Daten)
- ❖ möglichst wortwörtliche und vollständige Übersetzung aller Inhalte
- ❖ Anregung, in der Ich-Form zu übersetzen
- ❖ konsekutives Übersetzen
- ❖ Pausen/Unterbrechungen sind möglich



Während des Gesprächs:

- ❖ Gemeinsames Abholen aus Wartebereich
- ❖ Sitzordnung klären
- ❖ Vorstellen aller Gesprächspartner
- ❖ Setting ggf. erläutern
- ❖ Behandler/in erklärt (abstrakte) Begriffe
- ❖ Rückfragen, Verständnisprobleme werden an Behandler/in zurückgegeben
- ❖ Klären, ob Verständigung klappt

Während des Gesprächs:

Wichtig:

- Blickkontakt
- direkte Ansprache
- Ausdrucksweise angepasst
- deutliche, klare, nicht zu lange Sätze
- Tonfall freundlich
- eher langsame Sprechgeschwindigkeit
- bewusstes Einsetzen von Mimik und Gestik
- Einbeziehen der Klientin/des Klienten

Nach dem Gespräch:

- ❖ Patient/in bzgl. SIM nach Verständigung befragen

- ❖ **Nachgespräch** mit SIM:
 - ❖ Einschätzung des Gesprächsverlaufs (konnte Patientin bzw. Patient dem Gespräch folgen? Gab es sprachliche oder soziokulturelle Aspekte, die aufgefallen sind?)
 - ❖ Rückmeldung zu Gesprächsführung
 - ❖ Besonderheiten?

“Besonderheiten“ können sein

- Sprachliche Auffälligkeiten der Patientin/des Patienten (Bildungsstand, Herkunft, psychische Erkrankung..)
- „Fettnäpfchen“ durch fehlende (sozio-)kulturelle Kenntnisse der Behandlerin/des Behandlers
- Eigene Betroffenheit bei den SIM
- Informationen des Patienten/der Patientin an SIM, die nicht für Behandlerin oder Behandler bestimmt waren (Geheimnisse, versuchte Einflussnahme, Drohungen, etc.)

Vorteile für Behandlerinnen und Behandler:

Durch den Einsatz von geschulten Sprach- und Integrationsmittlerinnen bzw. -mittlern

- mehr Zeit für Verhaltensbeobachtung, Hypothesengenerierung, Dokumentation
- Bedeutung von nonverbalem und paraverbalem Kontakt steigt
- Reduktion der Machtasymmetrie, kann subjektives Gefühl von Kontrolle auf Seiten der Patientinnen/Patienten erhöhen, Angstreduktion begünstigt Abruf traumatischer Inhalte

**LVR
„SIM-Karte“**

LVR-Dezernat
Klinikverbund und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen

Psychiatrie - Psychotherapie - Psychosomatik

LVR-Verbundprojekt Migration

Erfolgreiche Gespräche mit Patientinnen und Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund

Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlerinnen/-mittlern (SIM):

Vor dem Gespräch:

- ➔ Informieren Sie die/den SIM über:
 - Inhalt, Ziel und Dauer des Gesprächs.
 - Die Notwendigkeit, bei Verständnisproblemen jederzeit nachzufragen.
 - Die Möglichkeit, sich ggf. Notizen zu Namen, Zahlen oder Details zu machen.
- ➔ Bitten Sie um eine möglichst wortwörtliche und vollständige Übersetzung aller Inhalte, ggf. auch deren kulturspezifische Bedeutung (z.B. Sprachbilder, Organchiffren).
- ➔ Regen Sie an, in der Ich-Form zu übersetzen.

Im Gespräch:

- ➔ Stellen Sie sich selbst, aber auch die/den SIM und die Patientin/den Patienten einander namentlich vor.

Ergebnis eines Landeswettbewerbs
Gesundes Land | **Nordrhein Westfalen** | **2015**

LVR-Klinikverbund | **LVR** | Qualität für Menschen

- ➔ Informieren Sie darüber, dass die/der SIM ebenfalls der Schweigepflicht unterliegt.
- ➔ Sprechen Sie die Patientin/den Patienten direkt in der ersten Person an, nehmen Sie Blickkontakt auf.
- ➔ Klare, deutliche und vollständige Sätze sowie Mimik und Gestik sind hilfreich.
- ➔ Fragen Sie direkt die Patientin/den Patienten, wenn gedolmetschte Äußerungen für Sie keinen Sinn ergeben oder nicht zu Ihren Fragen passen.
- ➔ Bitten Sie die Patientin/den Patienten, an relevanten Stellen zusammenzufassen, was sie/er verstanden hat.

Nach dem Gespräch:

- ➔ Erkundigen Sie sich bei der/dem SIM, wie sie/er den Gesprächsverlauf eingeschätzt hat:
 - Konnte die Patientin/der Patient dem Gespräch folgen?
 - Gab es sprachliche oder soziokulturell bedingte Aspekte, die aufgefallen sind?
- ➔ Bitten Sie die/den SIM ggf. um eine Rückmeldung zu Ihrer Gesprächsführung.
- ➔ Geben Sie ihr/ihm ebenfalls eine Rückmeldung zu relevanten Gesprächsphasen.

Die Mitarbeiterin des LVR-Verbundprojektes steht Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung:
Monika.Schroeder@lvr.de

2. Auflage - 10/2015

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Anspruchspartner: Uwe Blücher, 50663 Köln,
Tel 0221 809-6936, uwe.bluecher@lvr.de

**LVR
„SIM-Karte“**



Kontakt

LVR-Klinikverbundprojekt Migration

Leitung: OÄ Dr. Ljiljana Joksimovic, MPH
Mitarbeitende: Frau M. Schröder, Dipl.-Psych. (monika.schroeder@lvr.de)
Frau K. Diel, Dipl.-Psych. (kerstin.diel@lvr.de)
Sekretariat: Frau S. Zejneli (sabrije.zejneli@lvr.de, Tel.: 0211 922 4713)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

