

Wie mit anderen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit umgehen?

Empfehlungen und Hintergründe für eine kultursensible Beratung

Herausgegeben von

Deutscher Caritasverband e.V.
Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht

Kontakt

Dr. Daniela Ruf
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon: +49 (0)761 200-369
E-Mail: Daniela.Ruf@caritas.de
Internet: www.caritas.de/kultursensible-beratung

Inhalt: Sarah Misle Dürr
Layout: André Laame
Lektorat: Oliver Krull



Inhalt

Einleitung	3
Verschiedene Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.....	4
Kulturspezifische Krankheitskonzepte	6
Hinweise für ein erfolgreiches (Erst-)Gespräch	8
Mehrdimensionale Fallanalyse	9
Psychoedukation	11
Praxishilfen	12
Anhang.....	13
Literaturverzeichnis.....	20

Einleitung

Die gesundheitliche Versorgungssituation von Geflüchteten in Deutschland ist nach wie vor defizitär. Die von der AOK¹ durchgeführte Studie zur Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland ergibt, dass drei von vier Geflüchteten unterschiedliche Formen von Gewalt erfahren haben und oft mehrfach traumatisiert sind. Die bürokratischen Hindernisse zur medizinischen Behandlung, die Wartezeiten – im Schnitt sechs Monate für einen psychotherapeutischen Therapieplatz² – und die unsichere Bleibeperspektive können zur Chronifizierung von Erkrankungen führen und sich zudem negativ auf die erfolgreiche Integration der Geflüchteten auswirken.

Viele nichtstaatliche Träger haben bundesweit Einrichtungen für niederschwellige psychotherapeutische Beratungen und medizinische Behandlungen für Geflüchtete aufgebaut. Dadurch soll das überlastete Regelsystem unterstützt und der Zugang von Geflüchteten zur gesundheitlichen Versorgung verbessert werden.

Bei einer Erhebung zur gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten in ambulanten Fachdiensten der Caritas, welche vom Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht des Deutschen Caritasverbandes durchgeführt wurde, hat sich herauskristallisiert, dass die fehlende psychosoziale Versorgung eine große Herausforderung darstellt. Hinzukommen Hürden durch Sprachbarrieren, häufige Gesetzesänderungen, fehlenden Zugang zum Gesundheitssystem sowie kulturelle Unterschiede. Darüber hinaus angegeben wurden das fehlende Verständnis für das deutsche Gesundheitssystem und die unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, die Geflüchtete mitbringen. Aussagen wie beispielsweise „mein ganzer Körper tut weh“, „meine Leber brennt“, „mein Nabel sitzt nicht richtig“ oder „ich bin von einem Dschinn besessen“ können für Ärzte und Ärztinnen, Berater_innen und Therapeut_innen schwer zu verstehen bzw. zu interpretieren sein. Die vorliegende Broschüre wurde im Rahmen des Projektes „Flüchtlinge beraten, begleiten, beheimaten“

1 Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. Hrsg.: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2018_1_gesundheit_gefluechtete.pdf

2 Tätigkeitsbericht für das Jahr 2018 der BAfF (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer). http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/07/Taetigkeitsbericht_2018_BAfF.pdf

(Fbbb) im Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht des Deutschen Caritasverbandes (DCV) erstellt. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert, und diese Informationsschrift soll diejenigen, die in Beratung und Behandlung tätig sind, in ihrer Arbeit mit Geflüchteten bzw. Menschen mit Migrationshintergrund unterstützen.

Die Broschüre beinhaltet eine Einführung in die verschiedenen Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit. Mit konkreten Beispielen von kulturspezifischen Krankheitskonzepten sollen diese Vorstellungen verdeutlicht werden. Der zweite Schwerpunkt liegt im Bereich des kultursensiblen (Erst-)Gesprächs. Den Berater_innen soll bei der Vorbereitung eines kultursensiblen Gesprächs sowie bei der Durchführung Hilfestellung gegeben werden. Bei der Frage, welche Aspekte im

Gespräch behandelt werden sollten, kann eine mehrdimensionale Fallanalyse hilfreich sein; darauf wird in dieser Broschüre kurz eingegangen. Des Weiteren gibt es einen Exkurs zum Thema Psychoedukation und deren Bedeutung in der Beratung von Menschen mit Migrations- oder Fluchthintergrund. Zum Abschluss wird auf zwei Praxishilfen hingewiesen, die im Umgang mit Geflüchteten weiterhelfen können.

Zu der Broschüre gehören zwei Infografiken, welche in kompakter Form verschiedene Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit sowie zentrale Aspekte in Bezug auf ein kultursensibles (Erst-)Gespräch zusammenfassen. Die dort aufgeführten Reflexionsfragen können im Austausch mit Kolleg_innen die eigenen interkulturellen Kompetenzen sowie die des gesamten Teams fördern.

Ein herzliches Dankeschön an Frau Trabelsi, Fachdienstleiterin der Flüchtlingshilfe vom Caritasverband Stuttgart e.V., und das von ihr geleitete OMID-Team für die große Unterstützung sowie Herrn Hodel und sein Beratungsteam der AGJ Suchtberatungsstelle in Freiburg. Ihre Erfahrungen und Rückmeldungen waren eine wichtige Unterstützung bei der Erstellung der Arbeitshilfe. Ebenso ein Dankeschön an Herrn Prof. Kizilhan dafür, dass er die von ihm konzipierten Fragebögen zur Verfügung gestellt hat.

Verschiedene Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit

Geflüchtete bzw. Menschen mit Migrationshintergrund bringen teilweise Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit mit, die Fachkräften im deutschen Gesundheitssystem bzw. in psychosozialen Einrichtungen nicht bekannt sind und die Beratung und Behandlung erschweren. Denn Klient_innen fühlen sich möglicherweise nicht ernst genommen und sind mit der Behandlung unzufrieden, wenn diese nicht mit ihren Vorstellungen übereinstimmt. Dies kann dazu führen, dass sie gar nicht mehr zu Folgegesprächen oder einer Weiterbehandlung erscheinen.

In vielen Kulturen wird Krankheit nicht mit einem biopsychosozialen Modell erklärt, sondern vor dem Hintergrund der Vorstellungen in der jeweiligen Kultur. Krankheit wird beispielsweise als „Strafe Gottes“ oder „Glaubensprüfung“ begründet, oder ihre Ursache wird in Magie oder Besessenheit gesehen. Zum Beispiel ist der „Böse Blick“ in vielen muslimischen, aber auch

christlichen Kulturen die Ursache einer plötzlich eintretenden Krankheit, und zwar unmittelbar nach dem neidvollen Blick eines anderen Menschen. In einigen afrikanischen Kulturen wird geglaubt, dass epileptische Anfälle durch einen besessenen Körper ausgelöst werden. Die Grenzen zwischen Realität und Vorstellung können in traditionellen Kulturen verschwimmen. Menschen aus Kulturen, die von der Schulmedizin geprägt sind, besitzen eine andere Vorstellung von Gesundheit und Krankheit. Seit den 90er-Jahren geht die Schulmedizin davon aus, dass biologische, psychische und soziale Aspekte in Wechselwirkungen zueinanderstehen. Gibt es z. B. Störungen auf der sozialen Ebene, können sich diese auch auf der körperlichen und psychischen Ebene auswirken.

Psychische Probleme werden in vielen Kulturen stärker stigmatisiert als in Deutschland, vor allem in kollektivistisch geprägten Kulturen.³ Betroffene gelten meist als

³ In kollektivistischen Kulturen steht die Gruppe im Vordergrund, die individualistische Selbstverwirklichung wird dieser untergeordnet.

„geisteskrank“ und werden vor der Öffentlichkeit versteckt, um die Ehre der Familie zu wahren. Man erwartet, dass ein Heilungsprozess durch den kulturellen und sozialen Kontext erfolgt⁴. Betroffene verdrängen daher oft ihre Beschwerden.

Häufig werden innerpsychische Konflikte und traumatische Ereignisse auch über körperliche Schmerzäußerungen zum Ausdruck gebracht, was zu Fehldiagnosen führen kann. Wenn psychische oder soziale Probleme auf den Körper projiziert werden, ist in der Medizin die Rede von einer somatoformen Störung. Prof. Kizilhan, Psychologe und Spezialist in transkultureller Psychiatrie, beschreibt Klient_innen mit somatoformen Störungen als *„Betroffene, [die] über alle Beschwerden so [sprechen], als seien sie körperlich. Das subjektive Leiden wird als Müdigkeit, Weinen, Hinken etc. ausgedrückt; die Patienten zeigen sich als gebrochene, schwache Menschen.“*⁵ Zum Beispiel klagten Klient_innen sehr oft über starke Rückenschmerzen. Es hat sich herausgestellt, dass der Ursprung des Leidens oft familiäre Konflikte sind. Der Ausdruck der „brennenden Leber“ steht oft in Verbindung mit Verlust und Liebeskummer. Trotz keinerlei medizinischer Befunde behandeln Betroffene auf dem körperlichen Schmerz. Fühlen sich die Klient_innen dann nicht ernst genommen, suchen sie neue Ärzte, Ärztinnen, Therapeut_innen und Berater_innen auf.

Auf Bewegungs- und Sporttherapie reagieren viele Geflüchtete und Menschen mit Migrationshintergrund mit Unverständnis, denn nach ihrer Vorstellung muss sich der kranke Körper schonen. Passive Therapien wie Massagen, Physiotherapie und Wärmetherapien werden hingegen eher angenommen.

Geflüchtete bzw. Menschen mit Migrationshintergrund beschreiben Schmerzen nicht differenziert, sondern klagen über „Ganzkörperschmerz“ oder „wandernde Schmerzen“. Diese Beschwerden hängen mit der Vorstellung zusammen, dass „wenn ein Körperteil krank ist, der ganze Körper nicht vollständig funktioniert und somit der ganze Körper krank ist“. Weitere Gründe für die fehlende Schmerzdifferenzierung können aber auch gesellschaftliche, kulturelle und soziale Hintergründe sein. Schmerzempfinden und Schmerzäußerungen sind daher vor dem Hintergrund der jeweiligen Kultur zu betrachten.

Dies gilt auch für den Umgang mit dem Thema Sucht. Der Islam verbietet beispielsweise jegliche Form von Suchtmittelkonsum, und trotzdem wird in manchen muslimischen Kulturen, zum Beispiel in der Türkei, Alkohol als Genussmittel konsumiert. In einigen Kulturen ist Glücksspiel trotz religiöser Verbote Teil des Alltags. Sucht wird in vielen Kulturen nicht wie in Deutschland als Krankheit angesehen. Eine Sucht gilt häufig als Willensschwäche und selbstverschuldet und verletzt somit die Ehre der Familie.

Teilweise versuchen Geflüchtete auch, traumatische Erlebnisse mit Betäubungsmitteln, Alkohol oder Glücksspiel zu bewältigen.

Es ist wichtig zu beachten, dass nicht jeder Mensch aus einem bestimmten kulturellen Kontext eine ganz bestimmte Vorstellung von Krankheit und Gesundheit mitbringt oder zum Beispiel an Magie glaubt. Es kommt weniger darauf an, woher ein Mensch kommt, sondern welchen Normen und Werten er folgt, in welchen gesellschaftlichen Strukturen er aufgewachsen ist und zurzeit lebt und welche persönlichen Erfahrungen er gemacht hat.

Wenn Klient_innen und Berater_innen mit unterschiedlichen Krankheitsvorstellungen und Erwartungen aufeinandertreffen, ist es wichtig, dies zu thematisieren und zu klären, weil sonst Behandlung und Genesung deutlich erschwert sind. Die jeweiligen Vorstellungen der Klient_innen müssen berücksichtigt und so gut wie möglich in die Behandlung integriert werden. Natürlich ist es nicht möglich, alle Vorstellungen und Krankheitskonzepte zu kennen, aber sie können und sollten durch das Signalisieren von Interesse und direktes Erfragen im Gespräch in Erfahrung gebracht und berücksichtigt werden.

4 Kizilhan, J.I. (2013). Transkulturelle Aspekte bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. S. 261.

5 Kizilhan, J.I.(2014). Psychotherapeutisches Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten.

Kulturspezifische Krankheitskonzepte

Jede Kultur hat Strategien entwickelt im Umgang mit Beschwerden, die den eigenen Werten und Normen entsprechen und die Ausdrucksweisen prägen. Dr. med. Wielant Machleidt, ein deutscher Psychiater mit den Forschungsschwerpunkten transkulturelle Psychiatrie und Migrationsforschung, definiert kulturspezifische Krankheitskonzepte als „Konstruktionen von Bedeutungen für subjektiv empfundene Beanspruchung“⁶.

In folgender Tabelle werden acht Beispiele für kulturspezifische Krankheitskonzepte nach Vorkommen, Symptomen und Ursachen sowie traditionellen Maßnahmen der Behandlung vorgestellt.

6 Machleidt, W. (2013). Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen.

Kulturspezifische Krankheitskonzepte	Vorkommen	Ursachen	Symptome	Traditionelle Maßnahmen
Böser Blick	Süditalien, Sizilien, Türkei, Griechenland, islamische Kulturen, Lateinamerika Vor allem bei Kleinkindern	Neidvolles Anschauen, das beim Gegenüber Unheil auslöst.	Symptome treten unmittelbar nach dem neidischen Blick ein: Kopfschmerzen, Erkältungen, Übelkeit, Müdigkeit, Schwindel, Konzentrationsstörungen, unerwartete Kinderkrankheiten, Unfälle, Tod	Hilfe von traditionellen Heiler_innen. Traditionelle präventive Maßnahmen: Amulette, Kindern schmutzige Kleidung anziehen, Objekte im Haushalt blau anmalen, rituelle Worte, blaue oder rote T-Shirts anziehen
Koro/Rabt/Dhat = Schildkrötenkopf	Südchina, Südostasien, Zentral- und Westafrika, Ägypten (Rabt), Indien (Dhat)	Schockerlebnis, körperliche Anstrengungen, fehlende Sexualhygiene, nach exzessivem Geschlechtsverkehr, ausschweifende Nächte, Magie und Zauberei	Retraktion der Genitalien (das Gefühl des Zurückziehens des Penis oder der Brustwarzen und Schamlippen), Muskelschmerzen, Erschöpfung, Angstzustände, weißlicher Ausfluss im Urin	Hilfe von traditionellen Heiler_innen. Penis festhalten, Potenzmittel Traditionelle präventive Maßnahmen: „magische Impfungen“
Susto/Espanto/Pasmo / Pérdida del alma = Schreck / Verlust der Seele	Lateinamerika, USA, Kanada	Angsterlebnis oder Ereignis, das zu einem plötzlichen Schock führt. Die Seele verlässt den Körper, was wiederum den Körper krank macht.	Appetitlosigkeit, Schlafprobleme, Traurigkeit, Motivationsstörungen, geringes Selbstwertgefühl Somatische Symptome: Muskel-, Kopf- und Magenschmerzen, Durchfall	Traditionelle Hausmittel: Kräutertees, Gebete, Rituale Traditionelle präventive Maßnahmen: Stress vermeiden
Nervios/Nevra = Nerven Ataque de nervios = akute und dramatische Episode	Lateinamerika, USA, Kanada, Griechenland	Susto kann Nervios auslösen und umkehrt. Weitere Auslöser können extreme Stresserlebnisse sein (Tod, Scheidung etc.).	Schlafprobleme, Traurigkeit, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten, Schreien, Aggressionen Somatische Symptome: Kopf- und Magenschmerzen, Krämpfe, Zittern, Hitzegefühl	Hilfe von traditionellen Heiler_innen. Traditionelle präventive Maßnahmen: Stress vermeiden

Kulturspezifische Krankheitskonzepte	Vorkommen	Ursachen	Symptome	Traditionelle Maßnahmen
Brain fog = Müdigkeit des Gehirns	Afrika südlich der Sahara, China Vorwiegend bei jungen, erwachsenen Männern	In Zusammenhang mit schulischen Herausforderungen. Betroffen sind Schüler, Studierende und Akademiker, die unter starkem Druck stehen; Ursprung: „viele Denken“.	Konzentrations-, Denk- und Gedächtnisschwierigkeiten, Müdigkeit Somatische Symptome: Kopf- und Nackenschmerzen mit Druckgefühl, Enge, Sehbeschwerden, Hitzegefühl	Nicht bekannt
Taijin Kyofusho = Störung mit zwischenmenschlicher Angst	Japan, Korea, Nigeria (Itiju) Meist bei hochintelligenten und kreativen Männern	Nicht bekannt	Phobie vor dem eigenen Körper. Sorge um körperliche Erscheinung, Körpergeruch, beschämendes Erröten, Angst vor Augenkontakt, Müdigkeit und Schlafstörungen, zwanghafte Tendenzen, Perfektionismus Somatische Symptome: Kopf- und Bauchschmerzen	Nicht bekannt
Latah	Malaysia, Indonesien Vor allem bei Frauen	Übermäßig starkes Erschrecken nach einem starken initialen Stimulus (z. B. lauter Knall)	Schreien von unpassenden und obszönen Wörtern, absurde körperliche Reaktionen, zwanghaftes Nachahmen von Worten, Bewegungen und Gesten der Mitmenschen	Nicht bekannt
Karabasan = Schwarzer Druck, Alpdruck	Balkanstaaten und Vorderer Orient	Überfall eines bösen Wesens auf einen schlafenden Menschen	Beim Erwachen aus dem Schlaf: Druck auf der Brust, das Gefühl zu ersticken, Lähmung, nicht möglich zu schreien, Angst, Panik, oft Bilder von übernatürlichen Wesen oder sonstige Bilder	Hilfe von traditionellen Heiler_innen. Während des Zustands beten Traditionelle präventive Maßnahmen: mit Talismanen, ein Messer unter dem Kissen, Nadel ins Kissen stecken oder einen Besen ins Zimmer stellen

Hinweise für ein erfolgreiches (Erst-)Gespräch

Folgende Hinweise können hilfreich sein, um ein Gespräch mit Geflüchteten und Menschen mit Migrationshintergrund gut zu gestalten:

- Klient_innen sollten im Vorfeld entscheiden können, ob sie von einer Therapeutin oder einem Therapeuten behandelt werden möchten.
- Es sollte geprüft werden, ob ein_e Kultur- und Sprachmittler_in benötigt wird. Falls Sprachmittler_in hinzugezogen werden, sollte ein Vorgespräch mit diesen stattfinden, um die Ziele und Besonderheiten des Gesprächs, die bereits vorhandenen Informationen über die Klient_innen sowie die Sitzordnung zu besprechen. Vor Beginn des Gesprächs sind die Rahmenbedingungen festzulegen: Schweigepflicht, kurze Sätze, Stoppzeichen und zeitlicher Rahmen. Außerdem sollte genug Zeit eingeplant werden, da Gespräche mit Kultur- und Sprachmittelnden grundsätzlich mehr Zeit in Anspruch nehmen und auch der Vertrauensaufbau länger als gewöhnlich dauern kann.
- Bereits vor dem Gespräch sollten die Berater_innen die eigenen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und wie diese sich möglicherweise von anderen Vorstellungen unterscheiden, reflektieren. Die Reflexionsfragen der Infografik können dabei unterstützen.⁷
- Der Raum sollte einladend und beruhigend wirken und eine positive Atmosphäre ausstrahlen, um den Klient_innen das Gefühl von Sicherheit und Vertrautheit zu geben.
- Für den Einstieg in ein gutes (Erst-)Gespräch ist bereits die Begrüßung von großer Bedeutung. Die Klient_innen sollten steuern können, wie sie begrüßt werden möchten. In vielen muslimischen Kulturen ist es z. B. nicht üblich, als Mann einer Frau die Hand zu reichen.
- Ein angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz zwischen Berater_innen und Klient_innen sollte berücksichtigt werden.
- In manchen Heimatländern werden traditionelle Heiler_innen aufgesucht, häufig wegen ihrer kommunikativen Kompetenzen. Daher sind eine gute Atmosphäre während des Gesprächs sowie der Aufbau von Vertrauen sehr wichtig, oft sogar wichtiger als Anamnese, Diagnose und Fachwissen.
- Die Zuwendung zu den Klient_innen sollte offen, authentisch, mit Interesse und ohne Vorurteile erfolgen. Bei Menschen aus kollektivistisch geprägten Kulturen sollten Dinge eher umschrieben werden („durch die Blume reden“), da die direkte und explizite Kommunikation in vielen Kulturen als sehr unhöflich und grob empfunden wird.
- Es ist wichtig, dass Klient_innen selbst entscheiden können, wann sie was und wie erzählen.
- Vor allem sollte geklärt werden, welche Erwartungen die Klient_innen an die Behandlung haben und wie ihre Krankheit in ihrem Heimatland behandelt wird.
- Oft ist die Enttäuschung groß, wenn Klient_innen keine Medikation erhalten. Die Vorstellung, dass es für alles ein Medikament gibt, ist weit verbreitet. Daher ist es notwendig, die Behandlungsmethode zu erklären und gegebenenfalls zu erläutern, warum mehrere Termine zur erfolgreichen Behandlung notwendig sind.
- Ebenso ist es wichtig, Zusammenhänge von körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen zu vermitteln. Dies kann mit Bildern und Metaphern erfolgen. Fachbegriffe und komplizierte Sätze sollten dabei vermieden werden. Wenn die Prozesse verstanden werden, ist die Motivation zur Therapie deutlich größer.
- Ratsam ist, zuerst auf die körperlichen Beschwerden einzugehen und erst nach Vertrauensaufbau auf die psychischen. Sonst besteht die Gefahr, dass bei Klient_innen das Gefühl entsteht, für „verrückt“ gehalten zu werden.
- Die Empfehlungen und therapeutischen Ziele sollten im Einklang mit dem kulturellen Hintergrund der Klient_innen stehen.
- Sollten die Klient_innen traditionelle Heiler_innen aufsuchen wollen, sollten die Berater_innen dies unterstützen.
- Bei Klient_innen aus kollektivistisch geprägten Kulturen ist es sinnvoll, die Familie in die Therapie mit-

⁷ Die Reflexionsfragen auf der Infografik sind besonders im Austausch mit Kolleg_innen sehr hilfreich. Auf diese Weise können Einstellungen und Vorstellungen direkt im Team reflektiert, diskutiert und erweitert werden.

einzubezieh. Auch ihnen sollten die Zusammenhänge von körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen erklärt und der Behandlungsplan erläutert werden. Denn wenn auch die Angehörigen diese verstanden haben, können die Klient_innen von ihnen die notwendige stabilisierende Unterstützung erhalten.

- Klient_innen, die suchtkrank sind, sollte erklärt werden, dass viele Menschen unter Suchterkrankungen leiden und dass Sucht in Deutschland als Krankheit anerkannt ist. Ebenso sollte vermittelt werden, dass

es während bzw. nach einer Therapie zu Rückfällen kommen kann, die Betroffenen aber dann dennoch weiter Hilfe erhalten und daher möglichst schnell wieder Kontakt zu ihren Berater_innen aufnehmen sollten.

- Berater_innen sollten sich bewusst machen, dass sie nicht jede Einzelheit über die jeweiligen kulturellen Kontexte der Klient_innen kennen können. Das erwarten Klient_innen auch nicht. Klient_innen sollten als Expert_innen ihres kulturellen Hintergrundes gesehen und interessiert danach gefragt werden.

Mehrdimensionale Fallanalyse

(in Anlehnung an Laabdallaoui/Rüschhoff 2010 und Radice von Wogau 2004)

Für eine erfolgreiche Diagnose und Behandlung müssen Berater_innen verschiedene Ebenen betrachten. Die mehrdimensionale Fallanalyse deckt biologische, kulturelle, soziale, religiöse und migrationsspezifische Faktoren ab, die möglicherweise Störungen beeinflussen. Werden diese Aspekte zu wenig berücksichtigt, kann es zu diagnostischen Fehleinschätzungen kommen. Die Fragebögen zum OMID-Projekt des Caritasverbandes Stuttgart können dabei eine große Unterstützung sein. Sie decken alle fünf Bereiche ab und können dem Anhang der Broschüre entnommen werden.⁸

Medizinisch-psychologische Ebene

Auf dieser Ebene können alle Fakten gesammelt werden, die die Störung der Klient_innen erklären können:

- Emotionale, psychosexuelle und kognitive Entwicklung
- Persönlichkeitsstruktur
- Somatische Befunde
- Psychopathologische Symptome und Befunde

Kulturelle Ebene

Auf dieser Ebene geht es um die Frage, inwieweit der kulturelle Hintergrund der Klient_innen zu Brüchen führt und wie sich diese auf die Erkrankung auswirken, aber auch, welche Lösungen möglich sind. Folgende Aspekte können dabei eine Rolle spielen:

- kulturelle Wertvorstellungen
- traditionelles Verständnis von Geschlechterrollen
- Familiendynamik: die Bedeutung der Familie, Rolle der Personen und die Beziehung zueinander, das Ausmaß kollektiver und familiärer Bindung
- kulturbedingte familiäre Konfliktlösungsstrategien
- Krankheitsentstehung
- Aufsuchen eines traditionellen Heilers

8 Prof. Kizilhan hat die Fragebögen für das OMID-Projekt konzipiert.

Folgende Fragen sollten in jedem Fall gestellt werden, um Näheres über die Krankheitsentstehung und Erwartungen der Klient_innen zu erfahren und somit einen adäquaten Behandlungsplan erstellen zu können:

- Wie bezeichnen Sie Ihr Problem?
- Welche Namen haben Ihre Beschwerden im Herkunftsland?
- Wie werden Ihre Beschwerden in Ihrem Herkunftsland behandelt?
- Was denken Sie, ist die Ursache Ihrer Beschwerden?
- Welche Art von Behandlung möchten Sie erhalten?
- Welche Ergebnisse erhoffen Sie sich?
- Was hat Ihnen früher schon mal geholfen?

Migrationsebene

Auf dieser Ebene soll der Einfluss der Migrations-/Fluchterfahrung auf die Erkrankung erfasst werden über folgende Aspekte:

- Vorbereitung, Verlauf, derzeitige Migrationsphase, Diskriminierungserfahrung, Aufenthaltsstatus etc.
- biografische Brüche

Soziale Ebene

Auf dieser Ebene soll der Einfluss sozialer Aspekte auf die Erkrankung erfasst werden. Zentrale Aspekte können sein:

- Integrationsstatus
- Einkommen
- Wohnsituation
- Arbeitslosigkeit
- Bildungsstand
- Sprachkenntnisse
- Familie

Religiöse Ebene

Auf dieser Ebene soll der Einfluss religiöser Aspekte auf die Erkrankung erfasst werden. Dabei können folgende Aspekte eine Rolle spielen:

- Zugehörigkeit zu einer religiösen Minderheit
- religiöse Praxis im Alltag
- Religion als Abwehr oder Ressource
- religiöses Krankheitsverständnis
- Aufsuchen eines religiösen Heilers
- Auswirkung der Krankheit auf das religiöse Leben
- Kontakte zu Moscheegemeinden

Psychoedukation

Über Psychoedukation sollen Informationen darüber vermittelt werden, um welche Erkrankung es sich handelt und wie diese behandelt werden kann. Die Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE) hat 2003 folgende Definition erarbeitet:

„Unter dem Begriff ‚Psychoedukation‘ werden systematische didaktischpsychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit verbessern und sie bei der Krankheitsbewältigung unterstützen sollen.

Im Rahmen einer Psychotherapie bezeichnet Psychoedukation denjenigen Bestandteil der Behandlung, bei dem die aktive Informationsvermittlung und die Bearbeitung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen und im Gruppensetting durch den Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen ergänzt werden. Die Wurzeln der Psychoedukation liegen in der Verhaltenstherapie, wobei aktuelle Konzepte auch gesprächspsychotherapeutische Elemente in unterschiedlicher Gewichtung enthalten.“⁹

Mit der Psychoedukation soll Gesundheitsförderung angestrebt werden, die folgende Aspekte umfasst¹⁰:

- Verbesserung des Informationsstandes der Patient_innen bezüglich ihrer Diagnose sowie des Verlaufs, der Ursachen und der Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung
- Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes
- Befähigung zu einer kompetenten Mit-Entscheidung bezüglich der Behandlungsoptionen

- emotionale Entlastung der Patient_innen
- Förderung der (langfristigen) Behandlungsbereitschaft
- Verbesserung der Fähigkeiten zur Krisenbewältigung
- Gewinnen von Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung
- Erhöhung der Selbstwirksamkeit

Psychoedukation ist bei Klient_innen mit Flucht- oder Migrationshintergrund äußerst wichtig, besonders bei jenen, die psychische Störungen und Traumata aufweisen. Es wirkt sehr entlastend, wenn in Leichter Sprache und mit Bildern erklärt wird, dass die Störung eine normale Reaktion auf ein nichtnormales Ereignis ist. Ziel ist, den Klient_innen das Unverständliche greifbar zu machen, um die Motivation zu erhöhen, etwas aktiv dagegen zu unternehmen.

Menschen, die für ihre Störung eine traditionelle, übernatürliche oder religiöse Erklärung haben, verweigern möglicherweise im ersten Moment eine Behandlung, die auf Psychoedukation basiert. Zum einen, weil sie von einer traditionellen Erklärung überzeugt sind, zum anderen, weil sie sich nicht ernst genommen fühlen und glauben, für „verrückt“ gehalten zu werden. Daher sollte Psychoedukation erst erfolgen, wenn ausreichend Vertrauen aufgebaut worden ist.

⁹ Bäuml, J., Behrendt, B. (2016). Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer S. 3.

¹⁰ Bäuml, J., Behrendt, B. (2016) S. 3

Praxishilfen

Es gibt zahlreiche einfache und wirkungsvolle Übungen, die von Klient_innen gern angenommen und zunächst gemeinsam mit den Berater_innen durchgeführt werden sollten. Nach und nach können sie in den Alltag der Klient_innen integriert werden.

Body2Brain-cmm®-Methode

Die Body2Brain-cmm®-Methode wurde von Dr. med. Claudia Croos-Müller, Ärztin für Neurologie, Nervenheilkunde und Psychotherapie, aus den Erkenntnissen der wechselseitigen Beeinflussung zwischen Körperhaltung und Gemütszustand entwickelt. Vorausgegangen sind jahrelange Körpertherapien im Bereich Konzentration, Bewegungstherapie (KBT), Beobachtungen an Patient_innen sowie Einsichten aus den Neurowissenschaften und weltweiten Körperritualen.¹¹ Bei der Methode geht es darum, mit speziellen Körperübungen das Gehirn mit positiven Informationen zu versorgen. Klient_innen können dadurch gute Gefühle und Gedanken erleben, die wiederum die bestehenden negativen Gedanken, Gefühle und Einstellungen ins Positive verändern können. Die kostenlose Body2Brain-App kann dabei im Alltag sehr unterstützend sein. Klient_innen können ihren Gemütszustand und ihre Position (bei der Arbeit, unterwegs oder zu Hause) in der Body2Brain-App auswählen. Daraufhin wird ihnen eine Übung vorgeschlagen, die ihnen helfen soll, sich besser zu fühlen. Alternativ gibt es die Anleitungen in Form von kleinen Büchern. Da sowohl die Bücher als auch die App auf Deutsch sind, ist es sinnvoll, die Übungen bei mangelnden Sprachkenntnissen in die Behandlung miteinzubauen.

Almhar

Almhar ist für Geflüchtete ein sehr gutes niedrigschwelliges Hilfeangebot. Es handelt sich um eine App, die auf Englisch und auf Arabisch kostenlos zum Download zur Verfügung steht. Durch Psychoedukation sollen Geflüchtete bei der Bewältigung emotionaler Probleme unterstützt werden. Die App vermittelt Hintergrundwissen zu körperlichen Schmerzen, Angst, Depressionen, Trauer, Stress, Konzentrations- und Schlafproblemen, Posttraumatischen Belastungsstörungen etc. und zeigt Maßnahmen und Übungen auf, die dabei helfen können, den Zustand zu verbessern.

¹¹ Frau Dr. med. Claudia Croos-Müller bietet regelmäßig Einführungen und Ausbildungen zur Body2Brain-cmm®-Methode an (siehe <http://www.croos-mueller.de/18201.html>).

Anhang

Demografische Datenerhebung – OMID.....	14
Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand (AG 11).....	16
Gesprächsprotokoll – OMID	19

Demographische Datenerhebung – OMID

Code: _____

Wohnheim

- ☐ Caritas: _____
- ☐ Anderer Verband: _____

Weitervermittelt durch:

- ☐ Sozialarbeiter_in ☐ Bewohner_in ☐ selbständig ☐ angesprochen ☐ andere: _____

Aufenthaltsstatus beim Erstgespräch:

- ☐ Duldung ☐ Aufenthaltsgestattung ☐ Aufenthaltserlaubnis ☐ Fiktionsbesch. ☐ ohne Status

In D seit: ☐ Geburt ☐ Einreisejahr: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ LSBTTIQ

Geburtsland: _____ **Geburtsjahr:** _____

Geboren in:

- ☐ Dorf ☐ Stadt ☐ Großstadt ☐ Metropole

Zuletzt gewohnt (Land): _____

- ☐ Dorf ☐ Stadt ☐ Großstadt ☐ Metropole

Gründe für Auswanderung:

- ☐ politische Gründe ☐ religiöse Gründe ☐ ethnische Gründe ☐ ökonomische Gründe
- ☐ Zwangsheirat ☐ Gewalt/Krieg ☐ andere: _____

Familienstatus:

- ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ getrennt ☐ verwitwet ☐ sonstiges

Anzahl Kinder: _____ männlich _____ weiblich

Alter der Kinder: _____

Ethnie: _____ **Staatsangehörigkeit:** _____

Erstsprache: _____ **Zweitsprache:** _____

Weitere Sprachkenntnisse: _____

Religionszugehörigkeit: _____

Konvertiert von: _____ nach: _____

Sind Sie religiös?

☐ sehr religiös ☐ religiös ☐ etwas religiös ☐ nicht religiös ☐ egal

Wurden Sie religiös erzogen?

☐ ja ☐ eher ja ☐ eher nein ☐ nein

Wie wichtig ist die Religion/der Glaube im alltäglichen Leben?

☐ sehr wichtig ☐ wichtig ☐ etwas wichtig ☐ nicht wichtig ☐ egal

Schulbildung (Herkunftsland)

☐ Ohne Schulbildung

☐ Grundschule: Schulabschluss: ☐ ja ☐ nein

☐ Haupt-/Mittelschule: Schulabschluss: ☐ ja ☐ nein

☐ Gymnasium: Schulabschluss: ☐ ja ☐ nein

☐ Berufsschule/ Lehre: Schulabschluss: ☐ ja ☐ nein

☐ Fachhochschule: Schulabschluss: ☐ ja ☐ nein

☐ Universität: Schulabschluss: ☐ ja ☐ nein

☐ Sonstiges: _____

Gründe für Schulabbruch: _____

Erlerner Beruf: _____

Ausgeübte Tätigkeit: _____

Können Sie lesen und schreiben? ☐ ja ☐ nein

Wohnsituation: ☐ Wohnheim → ☐ Einzelzimmer ☐ Mehrbettzimmer

☐ Wohnung ☐ Container ☐ Sonstiges: _____

Belastungen

Gefangenschaft: ☐ ja ☐ nein

Sklaverei: ☐ ja ☐ nein

Flucht: ☐ ja ☐ nein

Folter: ☐ ja ☐ nein

Krieg: ☐ ja ☐ nein

Sonstiges: ☐ ja ☐ nein

Gewalt : ☐ ja ☐ nein

Gewalterfahrungen

Soldaten: ☐ ja ☐ nein

Polizei: ☐ ja ☐ nein

Familienangehörige: ☐ ja ☐ nein

Schlepper: ☐ ja ☐ nein

Andere: ☐ ja ☐ nein

Code _____

Datum _____

Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand (AG11)

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Aktivitäten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.			
3. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Aktivitäten <i>eingeschränkt</i> ? Wenn ja, wie stark?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a. anstrengende Aktivitäten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, länger als 60 Minuten ohne Pausen gehen	1	2	3
b. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, Zimmer reinigen, bis zu 30 Minuten ohne Pausen gehen.	1	2	3
c. Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
d. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
e. einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
f. sich beugen, knien, bücken	1	2	3
g. mehr als 500 Meter zu Fuß gehen	1	2	3
h. sich baden oder anziehen	1	2	3

4. Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten ihren normalen Aktivitäten nachzugehen?	Ja	Nein
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich allen meinen Aktivitäten nachgehen, die ich sonst mache	1	2
b. Ich konnte einigen Aktivitäten nachgehen	1	2
c. Ich konnte nur wenigen Aktivitäten nachgehen	1	2
d. Ich konnte keinen Aktivitäten nachgehen	1	2

5. Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten ihren normalen Aktivitäten nachzugehen (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich allen meinen Aktivitäten nachgehen, die ich sonst mache	1	2
b. Ich konnte einigen Aktivitäten nachgehen	1	2
c. Ich konnte nur wenigen Aktivitäten nachgehen	1	2
c. Ich konnte keinen Aktivitäten nachgehen	1	2

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre normalen Kontakte zu Freunden oder dem Bekanntenkreis beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

	Keine Schmerzen	Sehr leichte	Leichte	Mäßige	Starke	Sehr starke
7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> ?	1	2	3	4	5	6

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> bei Ihren üblichen Aktivitäten behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht).						
	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9. Wie oft waren Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen...</i>						
a. ...voller Schwung?	1	2	3	4	5	6
b. ...sehr nervös?	1	2	3	4	5	6
c. ...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	1	2	3	4	5	6
d. ...ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
e. ...voller Energie?	1	2	3	4	5	6
f. ...entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6
g. ...erschöpft?	1	2	3	4	5	6
h. ...glücklich?	1	2	3	4	5	6
i. ...müde?	1	2	3	4	5	6

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

11. Inwieweit trifft <i>jede</i> der folgenden Aussagen auf Sie zu?	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	1	2	3	4	5
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
c. Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	1	2	3	4	5
d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

Gesprächsprotokoll - OMID

Code: _____	Datum: _____	Erstgespräch: ☐ ja ☐ nein
Wohnort: _____	Geschlecht (m/w/lsbttiq): _____	Geburtsjahr: _____
Sprache: _____	Dolmetscher: ☐ ja ☐ nein	Dauer des Gesprächs: _____

Gesprächsthemen (Mehrfachnennungen)

- Körperliches Befinden/med. Themen: _____

- Psychisches Befinden/psych. Themen: _____

- Erlebte Belastungen: _____

- Aktuelle Belastungen: _____

- Aktuelle Themen: _____

- Familiäre Themen: _____

- Lebensgeschichte: _____

- Bürokratische Themen: _____

- Organisatorische Themen: _____

- Sonstige Themen: _____

- Angewandte Arbeitstechnik/en: _____

Diagnose/Befund:

Beurteilung des Gesprächs

Klient_in: ☐ sehr gut ☐ gut ☐ weniger gut ☐ schlecht ☐ sehr schlecht
Berater_in: ☐ sehr gut ☐ gut ☐ weniger gut ☐ schlecht ☐ sehr schlecht

Gesprächsergebnis

- Folgetermin wird vereinbart/Zielsetzung: _____

- Kein weiteres Gespräch erforderlich
- Kein weiteres Gespräch erwünscht
- Teilnahme an Gruppenangeboten
- Weitervermittelt an: _____

Literaturverzeichnis

- Aina, O., Morakinyo O. (2010). *Culture-bound syndromes and the neglect of cultural factors in psychopathologies among Africans*. In: African Journal of Psychiatry 14, S. 278–285.
- Assion, H.-J. (2005). *Migration und seelische Gesundheit*. Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag.
- Assion, H.-J. (2018). *Manual Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Bäumli, J., Behrendt, B. (2016). *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Feldmann, R.E. Jr., Seidler, G.H. (Hrsg.). (2013). *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer und Folteropfer*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Haas, N., Gremminger U., Mugele U., Pavlovic, Z., Schäfer, A., Schwarz, C. (2019). *Kultursensible Beratung. Eine Handreichung für Mitarbeiter*innen der Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen*. Stuttgart: Caritasverband für Stuttgart e.V.
- Hegemann, T., Salman, R. (Hrsg.). (2016). *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Kizilhan, J.I. (2011). *Understanding and treatment of diffuse aches and pains of patients from tradition-bound cultures*. In: Europe's Journal of Psychology 7 (2) S. 359–373.
- Kizilhan, J.I. (2013). *Transkulturelle Aspekte bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung*. In: Seidler G., Felmann R. (Hrsg.). (2013). *Traum(a) Migration: aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer*. Gießen: Psychosozial Verlag. S. 261.
- Körner, W., Irdem, G., Bauer, U. (Hrsg.). (2013). *Psycho-soziale Beratung von Migranten*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Laabdallaoui, M.(2010). *Basiswissen: Umgang mit muslimischen Patienten*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B., Knaevelsrud, C. (Hrsg.). (2017). *Psychotherapie mit Flüchtlingen. Neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte*. Stuttgart: Schattauer.
- Liedl, A., Koch, T., Ehring, T. (2017). *Skills-Training der Affektregulation – ein kultursensibler Ansatz: STARK*. In: Psychotherapeuten Journal 4. S. 316–323.
- Machtleidt, W., Heinz, A. (Hrsg.) (2011). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. München: Der Urban & Fischer Verlag.
- Machtleidt, W. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Machtleidt, W. (2019). *Religiosität und Spiritualität in der interkulturellen Psychotherapie. Wirkungen, Methoden und die Identität des/der Therapeut*in*. In: Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) S. 15–21.
- Maier T., Morina, N., Schick, M., Schnyder, U. (Hrsg.). (2019). *Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Radice von Wogau (Hrsg.). (2004). *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln*. Basel: Beltz Verlag.

Internet

- Croos-Müller. <http://www.croos-mueller.de/4466.html> (21.11.2019).
- Faust, V. (k.A.). *Seelische Störungen in fremden Kulturen*. <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/fremdekulturen.html> (01.10.2019).
- Kizilhan, J.I. (2014). *Psychotherapeutisches Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten. DGVT Fort- und Weiterbildung*. <https://www.dgvt-fortbildung.de/interaktive-fortbildung/archiv-der-fachartikel/archiv/jan-ilhan-kizilhan-2014-psychotherapeutisches-arbeiten-mit-migrantinnen-und-migranten/> (01.10.2019).
- Machtleidt, W. (2007). *Migration, Kultur und seelische Gesundheit. Vorlesung im Rahmen der 57. Lindauer Psychotherapiewochen*. <https://www.dtppp.com/pdf/MachtleidtLindau.pdf> (01.10.2019).
- Mental Health Aid for Refugees <http://almhar.org/faq/> (21.11.2019).

Notizen



Deutscher Caritasverband e. V.
Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht
Ansprechperson: Dr. Daniela Ruf
Karlstr. 40, 79104 Freiburg
Telefon: +49 (0)761 200-369
E-Mail: Daniela.Ruf@caritas.de
Internet: www.caritas.de/kultursensible-Beratung

Inhalt: Sarah Misle Dürr
Layout: André Laame
Lektorat: Oliver Krull