

Besonderheiten von Psychotherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund

Dr. Maria Gavranidou

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

1

Ablauf

- ◆ Einleitung
- ◆ Patient-Therapeut-Beziehung und Migrationshintergrund
- ◆ Migrationsmodelle
- ◆ Kulturelle Dimensionen
- ◆ Implikationen für die therapeutische Beziehung im interkulturellen Setting

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

2

Einleitung

◆ Daten und Fakten

- Etwa 9% der Menschen in der BRD haben keinen deutschen Pass
- Über 19% haben einen Migrationshintergrund
- In München haben 34% der Bevölkerung Migrationshintergrund
- Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist jedoch in manchen Großstädten wesentlich höher!

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

3

Migration

„Migration steht für die räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung. Die Verlagerung des Lebensmittelpunktes über die Grenzen eines Nationalstaates ist dabei kennzeichnend für internationale Migration.“ (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 1999, S. 5). Migration ist gemäß dieser Definition auch innerhalb nationaler Grenzen möglich.

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

4

Wer ist ein Migrant

- Migranten sind keine homogene Gruppe
 - ◆ Sie variieren nicht nur bezüglich Alter, Geschlecht, Religionszugehörigkeit, Nationalität, Sprachgruppen- und ethnischer Zugehörigkeit, kultureller Nähe bzw. Distanz, sondern auch im Hinblick auf sozioökonomische Merkmale wie Familienbildung und Einkommen, Wohnort, Zugang zu Ressourcen und Unterstützungssysteme sowie auch im Hinblick auf Integrationsmerkmale wie Sprachkenntnisse, (Gesundheits-/Krankheits)Modelle und Vorstellungen etc..

Typische Aussagen zur Psychotherapie mit Migranten/innen:

- ◆ Migranten gelten generell als „schwierig“
- ◆ Migranten gelten als therapieresistent
- ◆ Migranten somatisieren
- ◆ Migranten finden keinen Zugang zur Psychotherapie
- ◆ Psychotherapie kann Migranten nicht erreichen
- ◆ Migranten brauchen andere Formen von Interventionen bei psychischen Problemen
- ◆ Etc.....

Typische Aussagen zur Psychotherapie mit Menschen der unteren sozialen Schichten:

- ◆ Unterschichtklienten gelten generell als „schwierig“
- ◆ Unterschichtklienten gelten als therapieresistent
- ◆ Unterschichtklienten somatisieren
- ◆ Unterschichtklienten finden keinen Zugang zur Psychotherapie
- ◆ Psychotherapie kann Unterschichtklienten nicht erreichen
- ◆ Etc.....

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

7

Aussagen von Psychotherapeuten im Vergleich: Migranten und Nicht-Migranten (Emmerling, Gavranidou und Rita Rosner, in Druck)

- ◆ Interviews mit 14 Münchner Psychotherapeuten mit und ohne Migrationshintergrund, die Therapie in der Muttersprache der Klienten anbieten.
- ◆ Insgesamt ähneln sich die Aussagen der Psychotherapeuten mit und ohne Migrationshintergrund zur psychotherapeutischen Arbeit mit Migranten.

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

8

Aussagen von Psychotherapeuten im Vergleich: Migranten und Nicht-Migranten

- ◆ Konvergente Aussagen:
 - *Fehlendes Vorwissen über die Therapie*
 - *Erwartungen an die Therapie und den Therapeuten in Richtung direkter zu sein*
 - *Aufgaben des Therapeuten: auch direkte Lebenspraktische Hilfen, Kulturmittlung und Sozialberatung*
 - *Rollenerwartungen: Beziehung zwischen Therapeut und Patient soll „freundschaftlich“, gleichzeitig ist der TH eine Autorität*
 - *Beschwerden: Körperliche Beschwerden stehen häufiger im Vordergrund bzw. werden stärker geäußert.*
 - *Therapeutische Ziele und Wünsche: Es können Diskrepanzen bezüglich der Therapieziele und den Werten der Herkunftskultur auftreten*

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

9

Aussagen von Psychotherapeuten im Vergleich: Migranten und Nicht-Migranten

- ◆ Divergente Aussagen:
 - *Die therapeutische Beziehung:*
 - ◆ *aus Sicht der Therapeuten mit Migrationshintergrund erleichtert der MH die Beziehung, der Kontakt ist unmittelbarer, es ist viel Nähe schnell hergestellt*
 - ◆ *aus Sicht der Therapeuten ohne Migrationshintergrund ist die Beziehung von größerer Nähe als bei deutschen Klienten charakterisiert; sie übernehmen die Rolle des Kulturmittlers und werden als Vertreter der „Deutschen“ auch gesehen*
 - ◆ *ABER: Muttersprache ist aus Sicht beider Gruppen sehr wichtig und erleichtert den Zugang zu den Klienten; Therapeuten OMH haben Vorbildfunktion für ihre Klientel*
 - ◆ *UND: Interventionen und Methoden: können und variieren individuell und nach Kultur, so z.B. wird häufiger mit Metaphern, Geschichten etc. gearbeitet oder das ganze Familiensystem miteinbezogen.*

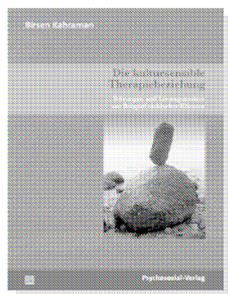
Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

10

Besonderheiten in der Beziehung bei der Therapie mit Migranten

- ◆ Interkulturelle Aspekte der Patient-Therapeut-Beziehung sind in der BRD kaum untersucht worden. Diese Lücke füllen derzeit Publikationen von Promotionsarbeiten wie z.B. von

Kahraman, Birsen (2008).
Die kultursensible Therapiebeziehung.
Gießen: Psychosozial Verlag



Birsen Kahraman

Gün, A.K. (2007). Interkulturelle
Missverständnisse in der
Psychotherapie. Freiburg: Lambertus



Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

11

Patienten-Therapeuten-Beziehung in der Arbeit von Migranten

- Annahmen:
 - Haltungsdimensionen von Rogers
 - Bedingungslose positive Wertschätzung
 - Empathie
 - Kongruenz in seiner Haltung (Echtheit, Wahrhaftigkeit gegenüber dem Klienten)
- sind universell gültig
- Aber es müssen außerdem bei einer komplementären Beziehungsgestaltung (Caspar, 1996) unbedingt
 - Ziele, Motive, Bedürfnisse, die aus dem Migrationsprozess entstehen (s. Modelle der Migration des Migrationsprozesses) und
 - Ziele, Motiv, Bedürfnisse, die aus der kulturellen Zugehörigkeit stammen (z.B. zu einer kollektivistischen oder individualistischen Gruppe)
- berücksichtigt werden!

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

12

Komplementäre Beziehungsgestaltung (Caspar, 1996):

- ◆ Bei der Komplementären Beziehungsgestaltung weiß der Therapeut über
 - die Motive und die Ziele des Patienten Bescheid:
 - ◆ Was will der P?
 - ◆ Was ist ihm wichtig?
 - ◆ Was ist weniger wichtig oder sogar schlimm?
 - ◆ Was sind die Gründe für sein Verhalten/Erleben?
 - Der Therapeut kennt und versteht die Bedürfnisse und motivationalen Bereitschaften seines Patienten!
 - Der Therapeut verhält sich so wie die individuellen Bedürfnisse, Motive, Ziele seines Patienten dies erforderlich machen, nicht gegen sie

Migration und Patient-Therapeut- Beziehung

- ◆ Bei der Arbeit mit Migrantinnen/en sind bzgl. der therapeutischen Beziehung folgende Aspekte zu betrachten:
 - Individuelle Merkmale des Migranten/in und des Therapeuten/in
 - Gruppen Merkmale des Migranten/in und des Therapeuten/in und
 - Universelle Aspekte dieser Beziehung (Sue & Sue, 2003, S. 12)

Universelle Aspekte dieser Beziehung

- ◆ Die Beziehung ist charakterisiert durch
 - Universelle Charakteristiken von Patient und Therapeut wie
 - ◆ normative Lebensereignisse,
 - ◆ Selbst-Bewusstheit (self-awareness) und
 - ◆ biologische und physiologische Ähnlichkeit
 - ◆ die Fähigkeit zum Benutzen von Symbolen
 - eine wissende und eine bedürftige Person
 - der Patient hat ein Anliegen und der Therapeut die Instrumente, dabei zu helfen
 - der Patient ist inkongruent i.S. Rogers bzw. leidet, der Therapeut ist kongruent

Gruppen-Aspekte dieser Beziehung

- ◆ Die Beziehung ist charakterisiert durch
 - Merkmale, die die Zugehörigkeit von Patient und Therapeut zu einer Gruppe aufzeigen, wie z.B.
 - ◆ Geschlecht
 - ◆ Alter
 - ◆ Rasse
 - ◆ Ethnie
 - ◆ Religion
 - ◆ Kultur
 - ◆ Schicht

Individuelle Aspekte dieser Beziehung

- ◆ Die Beziehung ist charakterisiert durch
 - Individuelle Merkmale von Patient und Therapeut, wie z.B.
 - ◆ Genetische Ausstattung
 - Körpergröße
 - Körpertyp
 - Augen-/ Haarfarbe
 - Lerntyp
 - Temperament u.s.w.
 - ◆ Biographie

Migration als biographisches Merkmal

- ◆ Modell von Berry
- ◆ Modell von Sluzki

Die vier Möglichkeiten der Lösung des Migrations-Konflikts nach dem Akkulturationsmodell Berry (1990)

| | | | |
|--|------|---|------------------------|
| Konflikt ¹ : | | <i>Lohnt es sich, eigene kulturelle Identität und Charakteristika aufrechtzuerhalten?</i> | |
| | | Ja | Nein |
| <i>Lohnt es sich, Elemente der Aufnahmegesellschaft zu übernehmen?</i> | Ja | Integration | Assimilation |
| | Nein | Segregation | Marginalisation |

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

19

Das Modell von Sluzki, 1979

- Prozessmodell
- Vierphasenmodell
- Sieht den Migrationsprozeß als einen Prozess, der über mehrere, meist jedoch zwei Generationen lang dauert
- Für die unterschiedlichen Phasen werden verschiedene Stressoren und Bewältigungsmechanismen identifiziert

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

20

Das Modell von Sluzki, 1979

1. Phase: Vorbereitung der Migration
 - Kann mehr oder weniger gut vorbereitet sein.
 - Das Ausmaß der Vorbereitung stellt u.a. einen Prädiktor für einen erfolgreichen Abschluss des Migrationsprozesses dar.
 - Plötzliche Migration z.B. bei Flüchtlingen oder Familienmitgliedern, Ehefrauen, die nach den Sommerferien einfach mitgenommen werden

Das Modell von Sluzki, 1979

2. Phase: Der Migrationsakt
 - Mehr oder weniger lang
 - Mehr oder weniger stressvoll
3. Phase: Überkompensation
 - Idealisierung (Honeymoonphase)
 - Dissonanzen werden nicht wahrgenommen (Festinger)
 - Hohe Idealisierung der neuen Heimat

Das Modell von Sluzki, 1979

3. Dekompensationsphase
 - ▶ Die Phase, in der die Vergleichsprozesse stattfinden
 - ▶ Die Phase, in der Anforderungen nicht mehr schöngeredet werden können
 - ▶ Die Phase, in der die meisten klinischen Störungen zu beobachten sind
4. Integrationsphase
 - ▶ kann über zwei Generationen dauern, manchmal sogar länger

Kulturelle Merkmale (Hofstede, 2004)

| Kollektivistisch | Individualistisch |
|--|--|
| Menschen werden in Großfamilien oder andere Wir-Gruppen hineingeboren, die sie weiterhin schützen und im Gegenzug Loyalität erhalten | Jeder Mensch wächst heran, um ausschließlich für sich selbst und seine direkte (Kern)Familie zu sorgen |
| Die Identität ist im sozialen Netzwerk begründet, dem man angehört | Die Identität ist im Individuum begründet |
| Kinder lernen in „Wir“ Begriffen zu denken | Kinder lernen in „Ich“ Begriffen zu denken |
| Man sollte immer Harmonie bewahren und direkte Auseinandersetzungen vermeiden | Seine Meinung zu äußern ist Kennzeichen eines aufrichtigen Menschen |
| High context Kommunikation | Low context Kommunikation |
| Übertretungen führen zu Beschämung und Gesichtsverlust für einen selbst und die Gruppe | Übertretungen führen zu Schuldgefühlen und Verlust an Selbstachtung |
| Ziel der Erziehung: Wie mach man etwas? | Ziel der Erziehung ist: Wie lernt man etwas? |
| Diplome schaffen Zugang zu Gruppen mit höherem Status | Diplome steigern den wirtschaftlichen Wert und/oder die Selbstachtung |
| Beziehung Arbeitgeber/Arbeitnehmer wird an moralischen Maßstäben gemessen, ähnlich einer familiären Bindung | Beziehung Arbeitgeber/Arbeitnehmer ist ein Vertrag, der sich auf gegenseitigen Nutzen gründen soll |
| Einstellungs- und Beförderungsentscheidungen berücksichtigen die Wir-Gruppe des Mitarbeiters | Einstellungs- und Beförderungsentscheidungen sollen ausschließlich auf Fertigkeiten und Regelungen beruhen |
| Management bedeutet Management von Gruppen | Management bedeutet Management von Individuen |
| Beziehung hat Vorrang vor der Aufgabe | Aufgabe hat Vorrang vor Beziehung |

Kultur wirkt sich

- ◆ auf die Wahrnehmung sozialer Situationen,
 - ◆ auf die Interpretation und Bewertung sozialer Situationen und
 - ◆ auf unser Verhalten in sozialen Situationen
- ABER
- ◆ Menschen sind dennoch keine
! KULTURELLE MASCHINEN! (Layes, 2003)

Psychotherapeuten bewegen sich oft zwischen zwei Extremen:

- ◆ **Kulturalisierung: Überbetonung von Kultur**
 - Wird sichtbar z.B.,
 - ◆ in der Bereitschaft die eigenen Berufsstandards zu verlassen
 - ◆ den Identifikationen mit dem Opfer
 - ◆ Überversorgung bzw. Schonung
- ◆ **Personalisierung: Verleugnung von Kultur!**
 - Einnehmen von besonders rigiden Positionen
 - ◆ z.B. unrealistische Forderungen implizit oder explizit stellen
 - ◆ Verachtung in der Haltung
 - ◆ Unterlassen bestimmter Maßnahmen
 - ◆ Abwertung
- ◆ **Kulturelle Pseudo-Empathie vs. Kulturarroganz**
(Kaedig und Süren, 2006, S. 222)

Kulturelle Pseudo-Empathie vs. Kulturarroganz (Kaedig und Süren, 2006, S. 222)

Naïve Gutmenschenhaltung
(keine Konsequenzen)
«Der wurde auch ganz schön
provoziert!»



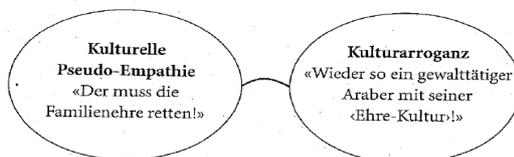
Zu weich

Knallharte «Gang-Kultur»
(nur strafen) «Der fliegt von der
Schule – egal, was passiert!»



Zu hart

Fehler im Umgang mit gewaltbereiten Jugendlichen



Zusätzliche Fehler beim Umgang mit anderen Kulturen

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

27

Implikationen für eine kultursensitive Psychotherapie

- ◆ Kenntnis um die eigene Kulturabhängigkeit und damit der gewissen Relativität zentraler Haltungen, Einstellungen, Wertvorstellungen und Normen!
- ➔ Normalität und Pathologie sind kulturabhängig
- ➔ Operationale Definition von Pathologie anstreben:
 - z.B. Fremd- und Selbstgefährdung,
 - Abweichung vom Verhalten der eigenen Gruppe,
 - Persönliches Leiden
 - Dauer des Problems,
 - biologisch-genetische Korrelate des Problems,
 - Entwicklungsbehinderung

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

28

Implikationen für eine kultursensitive Psychotherapie

- ◆ Kenntnis um die eigene Kulturabhängigkeit und damit der gewissen Relativität von Gesundheits- und Krankheitsmodelle und -vorstellungen!
- ➔ Krankheitsmodelle sind kulturabhängig (und nicht immer empirisch überprüft)!
- ➔ Andere Krankheitsmodelle gleichberechtigt zulassen und integrieren, sie sogar für die therapeutische Arbeit nutzen!

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

29

Implikationen für eine kultursensitive Psychotherapie

- ◆ Kenntnis um die eigene Kulturabhängigkeit und damit der gewissen Relativität von Veränderungsvorstellungen und Interventionsverfahren, Heilungsmodelle
- ➔ Heilungsmodelle sind kulturabhängig (und nicht immer empirisch überprüft)!
- ➔ Andere Heilungsmodelle gleichberechtigt zulassen und integrieren, sie sogar für die therapeutische Arbeit nutzen (Kooperationen mit Heilern können nützlich sein)!

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

30

Verschiedene Interventionen werden Weltweit zur Behandlung psychischer Störungen angewandt (Tseng, 1999):

- ◆ Spirituelle indigene Heilverfahren und religiöse Zeremonien (Medien, Schamanen, Zar-Ceremonies)
- ◆ Kultur- und zeitgeistbeeinflusste Einzeltechniken und Verfahren
- ◆ Psychologische Psychotherapien

Implikationen für eine kultursensitive Psychotherapie

- ◆ Transparenz und Bereitschaft die sehr spezifische Fachsprache zu verlassen und auf dem Niveau des Patienten sowohl Krankheitsmodelle als auch Heilungsmodelle erklären.
- ➔ Das ist insbesondere bei der Arbeit mit Dolmetschern/Sprachmittlern erforderlich.
- ➔ Die Auseinandersetzung mit dem Patienten zulassen! Verständnis von Psychotherapie als ein fortwährendes Untersuchungsdesign von Hypothese-Überprüfung-Annahme/Ablehnung-Hypothese

Implikationen für eine kultursensitive Psychotherapie

- ◆ Hintergrundwissen und Informationen von muttersprachlichen Experten holen Stereotypisierungs-Prozesse vermeidend.
- ➔ Wissen über kulturelle, religiöse, rituelle Aspekte und Tabus einholen wohl wissend das gilt nicht für alle Menschen dieser Gruppe (nicht alle Muslime sind religiös und nicht alle Christen unreligiös)

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

33



Quellen und weiterführende Literatur:

- Abdallah-Steinkopff, B. (1999). Psychotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. *Verhaltenstherapie*, 9 (4), 211-220.
- Abdallah-Steinkopff, B. (2001). Arbeit mit traumatisierten Migrantinnen und Migranten. In Th. Hegemann, R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie* (S. 325-340). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Berry, J. W. (1990) Psychology of acculturation. Understanding individuals moving between cultures. In: Brislin R W (Hrsg.) *Applied cross-cultural psychology* (S 232-253). London: Sage Publications.
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen*. Bern: Huber.
- Gavranidou, M. & Abdallah-Steinkopff (2007). Brauchen Migranten und Migrantinnen eine andere Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 353-361
- Gün, A.K. (2007). *Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie*. Freiburg: Lambertus
- Kaeding, P. & Süren, F. (2006). „Du hast Scheiße gebaut!“. In Kumbier, D. & Schulz v. Thun, F. (Hrsg.). *Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Kahraman, B. (2008). *Die kultursensible Therapiebeziehung*. Gießen: Psychosozial Verlag
- Rosner, R. & Gavranidou, M. (2007). *Kultursensitive Psychotherapie*. In B. Strauss, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sue, D. W. & Sue, D. (2003). *Counseling the culturally diverse* (4th ed.) New York: John Wiley & Sons.
- Sluzki, C. E. (2001) Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann TH, Salman R (Hrsg.) *Transkulturelle Psychiatrie* (S 101-115). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

35

Vielen Dank

für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Maria Gavranidou

Dipl.-Psychologin

Psychologische Psychotherapeutin

maria.gavranidou@web.de

Dr. Maria Gavranidou Migranten-
Psychotherapie PTK-10/2008

36