

Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Fakultät Humanwissenschaften

Institut für Psychologie

Professur für Pathopsychologie

**Transkulturelle Konzepte psychischer Gesundheit und
Krankheit – praktische Implikationen für die
psychotherapeutische Flüchtlingsarbeit**

Transcultural concepts of mental health and illness – practical
implications for psychotherapeutic work with refugees

Bachelorarbeit

Amelie Schwarzer

1734122

22.06.2016

Dr. Stefanie Schroeder

Inhaltsverzeichnis

1.	Hinführung zur Fragestellung	S. 6
1.1	Aktueller Bezug der Fragestellung.....	S. 6
1.2	Ziel der Arbeit und Fragestellungen.....	S. 8
1.3	Methodischer Hintergrund.....	S. 9
2.	Einführung in den Begriff der Transkulturalität	S. 11
2.1	Kultur und Transkulturalität.....	S. 11
2.1.1	Herders Kulturkonzeption.....	S. 11
2.1.2	Kulturdimensionen nach Hofstede.....	S. 11
2.1.3	Hybridität und Transkulturalität der Kulturen nach Welsch.....	S. 13
2.2	Transkulturelle Psychologie.....	S. 14
3.	Westlicher Krankheits- und Gesundheitsbegriff des 21. Jahrhunderts	S. 14
3.1	Vielfalt und Parallelität heutiger Konzepte.....	S. 15
3.1.1	Die biomedizinische Vorstellung.....	S. 15
3.1.2	Der biopsychosoziale Gesundheitsbegriff der WHO.....	S. 16
3.1.3	Das Modell der Salutogenese.....	S. 17
3.2	Subjektive Krankheitstheorien hinsichtlich psychischer Erkrankungen in Deutschland.....	S. 20
4.	Konzeptualisierung von Gesundheit und Krankheit im arabisch-muslimischen Kulturkreis	S. 22
4.1	Historischer und religiöser Hintergrund	S. 22
4.1.1	Die alte arabische Medizin.....	S. 22
4.1.2	Die Prophetenmedizin.....	S. 24

4.1.3	Religiöse Botschaft und Auftrag in Krankheiten für Muslime.....	S. 26
4.1.4	Ganzheitlicher Gesundheits- und Krankheitsbegriff des aktuellen islamischen Verständnisses.....	S. 27
4.2	Volkstümliche Überzeugungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit.....	S. 28
4.2.1	Geistige Krankheit durch Einfahren eines <i>Djinn</i> in einen Muslim.....	S. 28
4.2.2	Der schädliche Einfluss des <i>Bösen Blickes</i>	S. 31
4.3	Konsequenzen für den Umgang mit Krankheit.....	S. 33
4.3.1	Religiöse Krankheitsbewältigung.....	S. 33
4.3.2	Aufsuchen traditioneller Heiler.....	S. 35
5.	Krankheitskonzepte im Konflikt	S. 37
5.1	Vorbehalte und Befürchtungen gegenüber westlichen (Hilfs-) Angeboten.....	S. 37
5.1.1	Missverständnisse aufgrund der Körper-Seele Trennung der westlichen Medizin.....	S. 38
5.1.2	Somatisierungstendenzen bei muslimischen Betroffenen.....	S. 39
5.1.3	Religiöse Befürchtungen hinsichtlich Psychotherapie.....	S. 41
5.2	Beschreibung des Unbeschreiblichen – Kritische Betrachtung des Konzepts der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) für die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Geflohenen.....	S. 44
5.2.1	PTBS als intraindividuelles Geschehen in der Auffassung westlicher Psychotherapie.....	S. 45
5.2.2	Fehlende Berücksichtigung sozialer und politischer Faktoren.....	S. 45
5.2.3	Gefahr der Reduktion von Flüchtlingen mit traumatisierenden Erfahrungen als Opfer einer Krankheit.....	S. 48

6.	Psychosoziale Belastungen von Geflohenen	S. 49
6.1	Krieg, Folter und Gewalt – Gefahren und Belastungen in den Heimatländern und auf der Flucht.....	S. 50
6.2	Andauernde Belastungen in den aufnehmenden Ländern.....	S. 51
7.	Praktische Implikationen für die Psychotherapie mit Geflohenen	S. 53
7.1	Berücksichtigung kultureller und religiöser Hintergründe in der psychotherapeutischen Arbeit mit Geflohenen.....	S. 54
7.1.1	Rollenverständnis von Betroffener/em und BehandlerIn.....	S. 54
7.1.2	Einfluss von Individualismus und Kollektivismus auf das Krankenverhalten.....	S. 63
7.1.3	Integration volkstümlicher Krankheitsvorstellungen in moderne Psychotherapie.....	S. 66
7.2	Bilder, Mythen und Symbole in der Psychotherapie mit muslimischen Geflohenen.....	S. 69
8.	Fazit und Ausblick	S. 73

Anhang:

Leitfaden für die Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds in der Psychotherapie mit muslimischen Geflohenen aus dem arabischen Raum

Abstract

Zunächst führt die ausschließlich literaturbasierte Arbeit in die Begriffe Kultur und Transkulturalität ein und beleuchtet den Gegenstandsbereich der transkulturellen Psychologie. Anschließend setzt sich die Arbeit mit Konzepten von psychischer Gesundheit und Krankheit aus dem westlichen und dem arabisch-muslimischen Kulturkreis auseinander. Im Folgenden werden aus den unterschiedlichen Verständnissen möglicherweise erwachsende Konfliktthemen diskutiert. Um für die Therapie wichtige Prozesse verstehen zu können, werden psychosoziale Belastungen von Geflohenen dargestellt. Für die Gestaltung westlicher Psychotherapie lassen sich wichtige Implikationen aus den differierenden Konzeptionen ableiten. Unter anderem wird das BehandlerIn- und Patientenselbstverständnis hinterfragt und der Einfluss von individualistischer und kollektivistischer Kultur betrachtet. Nach einem kurzen Fazit besteht der letzte Teil der Arbeit aus einem Leitfaden, der eine sehr stark reduzierte und vereinfachte Darstellung der wichtigsten Ergebnisse beinhaltet. Dieser soll an aktive PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen verteilt werden und möchte zu deren besseren Kenntnis der von ihnen betreuten Geflohenen beitragen.

The senior theses exclusively based on literature starts with an introduction in the terms of culture and transculture and shows the area of research of transcultural psychology. The following chapters analyse the concepts of mental health and illness in the western and arab-muslim cultural environment. Potentially arising conflicts due to the diverging concepts of mental health and illness are discussed in a further part. In order to understand important processes for psychotherapy the amount of mental load refugees are confronted with is depicted. Important implications for modern western psychotherapy can be derived from the different concepts of mental health and illness. Within this chapter e. g. the way the therapist and the client see themselves and the influence of the cultural dimensions individualism and collectivism is analysed. After a short conclusion the last part of the theses consists in a manual containing the most important results. The manual is handed out to therapists and doctors working with refugees to give them an overview of the most important facts of their clients' cultural background.

Einleitung

Den Anlass, diese Arbeit zu schreiben, gab mein ehrenamtliches Engagement bei dem Bamberger Verein „Freund statt Fremd e. V.“. Dieser bietet von Sachspenden über Deutschkurse eine große Bandbreite an Unterstützung für Geflohene in Bamberg an. Im Rahmen ehrenamtlicher Arbeit haben einige Bamberger PsychotherapeutInnen das körperpsychotherapeutisch orientierte Trainingsprogramm „Bewegt ankommen“ entwickelt, das maßgeblich aus bioenergetischen Übungen nach Alexander Lowen besteht. „Bewegt ankommen“ richtet sich an traumatisierte Geflohene. Den körperlichen Anteil von Traumatisierung versucht das Trainingsprogramm zu lindern, ohne dies explizit als Psychotherapie zu bezeichnen, da unter Umständen große Befürchtungen und Ablehnung gegenüber Psychotherapie unter den Geflohenen bestehen könnten.

Dennoch sieht sich „Freund statt Fremd“ aktuell damit konfrontiert, dass das Programm prinzipiell fertig entwickelt und anwendungsbereit wäre, jedoch bisher noch keine Nachfrage besteht. Warum sich diese noch nicht etabliert hat, ist für die EntwicklerInnen unverständlich, sodass sich hier eine Problemstellung ergibt, die eine weitere Analyse erforderlich macht. Aufgrund dessen, dass auf deutscher Seite qualifizierte und engagierte HelferInnen zur Verfügung stehen und auf Seiten der Geflohenen theoretisch sicherlich Bedarf und Interesse an einem Interventionsprogramm dieser Art bestehen würde, sehe ich es als eine zentrale Herausforderung an, die Konzepte von psychischer Gesundheit und Krankheit beider Kulturkreise füreinander verständlich zu machen. So kann dazu beigetragen werden, produktives Zusammenarbeiten zu ermöglichen und Frustration auf beiden Seiten zu verhindern.

1. Hinführung zur Fragestellung

1.1 Aktueller Bezug der Fragestellung

Während im Jahr 2012 in Deutschland 77.651 Asylanträge gestellt wurden, stieg die Anzahl bis 2015 auf 476.649 Anträge in 12 Monaten an (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016). Durch diese deutliche Zunahme und das große mediale und gesellschaftliche Interesse an der sogenannten „Flüchtlingskrise“ ist das Thema „Flüchtlinge“ und wie richtig mit ihnen umzugehen sei, in den letzten Monaten omnipräsent. Als Geflohene/r wird bezeichnet, wer „aus begründeter Furcht vor Verfolgung, aus Gründen der Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen seiner politischen Überzeugungen sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit er besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Be-

fürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder der sich als staatenlos in Folge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem er seinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte und dorthin nicht zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht zurückkehren will“ (UNCHR, 1951, Artikel 1, A. 2). Die deutlich wachsende Entwicklung der Zahlen an Geflohenen hat nicht wenige, teils auch stark Besorgnis erregende Diskussionen angestoßen. Auch um eine weitere gesellschaftliche Eskalation zu verhindern, ergibt sich die Notwendigkeit, sich aus wissenschaftlicher Perspektive mit den kulturellen Hintergründen der hier ankommenden Menschen, deren Belastungen und einer effektiven und für sie annehmbaren Unterstützung auseinanderzusetzen.

Aktuelle Zahlen des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge zeigen, dass sich besonders die Anzahl der Erstanträge aus Syrien (+408,4%), Irak (+629,9%) und Afghanistan (+335,5%) im Vergleich zum Vorjahr 2014 deutlich erhöht haben (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016): 2014 stellen 5.340 Menschen aus Syrien, 901 Menschen aus dem Irak und 1.129 Menschen aus Afghanistan einen Erstantrag auf Asyl in Deutschland. Deshalb richten sich auch psychosoziale Angebote häufig an Geflohene aus dem arabischen Raum. Da in diesen Ländern andere kulturelle Vorstellungen vorliegen und mit dem weit verbreiteten Islam in verschiedenen Ausprägungen eine andere Religion praktiziert wird, müssen auch kulturelle und religiöse Gründe für die Analyse der Problemstellung herangezogen werden. Sowohl die theoretischen Überlegungen als auch die praktischen Ableitungen dieser Arbeit beziehen sich deshalb auf muslimische Flüchtlinge, insbesondere aus den arabischen Ländern.

Aktuell leisten in vielen deutschen Städten ehrenamtlich organisierte Vereine wie beispielsweise „Freund statt Fremd“ e. V. in Bamberg einen großen Teil der Unterstützung für Geflohene. Problematisch hinsichtlich der psychosozialen Versorgung ist dabei, dass den dort tätigen ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen keine Informationen über den kulturellen Hintergrund ihrer KlientInnen und deren Umgang mit Erkrankungen an die Hand gegeben wird. Damit obliegt es jeder/em einzelnen BehandlerIn, sich hinsichtlich dieser Themen zu informieren. Für den Fall, dass die/der Betreffende das gar nicht in Erwägung zieht oder die Zeit für eine umfangreiche Eigenrecherche nicht ausreicht, besteht die Gefahr kultureller Missverständnisse. Diese können sowohl in der ärztlichen als auch in der psychotherapeutischen Behandlung großen Schaden anrichten und einer Besserung für die/ den Geflohenen entgegenstehen. Daher besteht die Notwendigkeit, wissenschaftlich gesicherte Informationen hinsichtlich der Behandlung geflohener Menschen zusammenzutragen und insbesondere für praktisch tätige ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen komprimiert sowie gut lesbar und verständlich zur Verfügung zu stellen.

Während der Recherche zu dieser Arbeit wurde die Broschüre „Flüchtlinge in unserer Praxis. Informationen für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen“ der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF e. V.) veröffentlicht und ist seither im Internet kostenlos verfügbar. Hierbei wird allerdings nur sehr unzureichend auf kulturell geprägte Krankheitskonzepte und deren Konsequenzen eingegangen. Über die Hintergründe dieser Krankheitsannahmen, welche zentral für das Verstehen der KlientInnen sind, sagt die Broschüre gar nichts aus.

Auch, wenn dadurch schon einige wichtige Informationen für die Behandlung von Geflohenen gut zugänglich gemacht worden sind, fehlen diese bisher im Bereich des kulturellen Hintergrunds und der dadurch geprägten Krankheits- und Bewältigungsannahmen. Daher erscheint im Sinne der KlientInnen als auch BehandlerInnen notwendig, Informationen über diesen Themenbereich beispielsweise in Form eines Leitfadens zur Verfügung zu stellen.

1.2 Ziel der Arbeit und Fragestellungen

Dieses Bestreben spiegelt auch das Ziel der Arbeit wider. Forschungsbeiträge unterschiedlicher Disziplinen wie transkultureller Psychotherapie und Islamwissenschaft sollen zueinander in Beziehung gesetzt und damit PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen in Form dieser Arbeit und des Leitfadens zugänglich gemacht werden. Dadurch wird diesen ein tieferes Verständnis des kulturellen Hintergrunds ihrer KlientInnen möglich, welches dazu beitragen kann, die in der vorliegenden Arbeit thematisierten schwierigen Punkte in der Begegnung mit muslimischen KlientInnen aus dem arabischen Raum kompetent lösen zu können.

Den inhaltlichen Schwerpunkt der vorliegenden Analyse bilden Implikationen für moderne westliche Psychotherapie, die sich aus den kulturell und religiös geformten Gesundheits- und Krankheitskonzeptionen ableiten lassen. Dies umfasst auch den Umgang mit den in der interkulturellen Psychotherapie möglicherweise auftretenden Problemen und Missverständnissen zwischen KlientInnen und BehandlerInnen.

Um diese Aspekte wirklich in eine Psychotherapie integrieren zu können, ist das Verständnis kulturell geprägter Krankheitskonzepte allerdings eine zentrale Voraussetzung. Deshalb beschränkt sich die folgende Arbeit auch nicht darauf, dem westlichen Verständnis fremde Annahmen lediglich zu benennen. Stattdessen sollen kulturell und religiös bedingte Überzeugungen aus den arabischen Ländern aus einer ethnologischen und islamwissenschaftlichen Perspektive tiefergehend verstanden werden können.

Aus diesem Ziel ergibt sich eine dreiteilige Fragestellung:

Fragestellung 1: Wie tragen kulturelle bzw. religiöse Aspekte zu dem Verständnis psychischer Krankheiten bei sowohl muslimischen Geflohenen als auch bei westlichen PsychotherapeutInnen oder ÄrztInnen bei?

Fragestellung 2: Bei welchen Punkten geraten die kulturell geprägten Krankheitskonzeptionen in Konflikt miteinander?

Fragestellung 3: Welche Konsequenzen haben die kulturellen Faktoren sowie die problematischen Punkte für eine Psychotherapie mit muslimischen Geflohenen aus dem arabischen Raum?

1.3 Methodischer Hintergrund

Entsprechend dieser Überlegungen verlief auch die Literaturrecherche im Zeitraum von November 2015 bis März 2016. Ausgehend von einer ersten Orientierung über den Katalog der Bamberger Universitätsbibliothek gestaltete sich die Literatursuche maßgeblich über Primo, welcher einen Zugang zu verfügbaren Beiträgen über Fächer- sowie Standortgrenzen hinweg ermöglicht. Neben den Werken der Gesundheitspsychologie und der transkulturellen Psychologie sowie Psychotherapie beinhaltet die Zusammenstellung auch Zugänge aus der Kulturwissenschaft, Ethnologie, Anthropologie und Islamwissenschaft.

Durch die komplementären Perspektiven der verschiedenen Wissenschaften ergibt sich ein umfassenderes Verständnis. Insgesamt gingen 213 Beiträge in die Analyse ein. Ein wichtiges Kriterium für die Auswahl der Literatur war deren Erscheinungsjahr, sodass die verwendeten Beiträge hauptsächlich 1990 oder später veröffentlicht wurden. Zudem wurde nach Relevanz für die Fragestellungen sortiert. Beispielsweise wurden Beiträge, die Migration im Allgemeinen in den Vordergrund stellten, oder sich nicht auf Psychotherapie sondern z. B. Soziotherapie bezogen, ausgeschlossen. Auch wurden zunächst Texte zu sämtlichen Einflussfaktoren auf interkulturelle Psychotherapie wie beispielsweise der Einsatz von Dolmetschern gesucht. Um eine stringente Argumentationslinie zu ermöglichen, wurden im Verlauf der Recherche allerdings alle Einflussfaktoren, die sich nicht unmittelbar aus den sich unterscheidenden Krankheitskonzeptionen ergeben, ausgeschlossen. Ein inhaltliches Abbruchkriterium der Suche bestand darin, dass weitere hinzugezogene Quellen keine neuen Informationen hinsichtlich eines Themenbereichs wie beispielsweise den *Djinnen* mehr brachten.

Den Ausgangspunkt der Recherche bildeten Beiträge der transkulturellen Psychotherapie beispielsweise in Form von Ratgebern über den Umgang mit muslimischen Patienten und

zahlreichen Beiträgen praktisch arbeitender PsychotherapeutInnen aus spezialisierten Einrichtungen für MigrantInnen, Asylsuchende und/ oder Folteropfer vornehmlich im deutschsprachigen Raum. Stichwörter der ersten Phase waren beispielweise *transkulturelle Psychotherapie*, *Interkulturelle Beratung*, *Therapie Asylsuchender*, *Traumatisierungen bei Geflohenen*, *Psychotherapie mit Geflohenen*, *Psychologie der Migration*, *Psychotherapie mit MigrantInnen*, *psychische Störungen bei Asylsuchenden* sowie *Flucht und Trauma*. In den so gefundenen Werken werden denkbare Probleme in der Therapie und kulturelle Unterschiede oftmals lediglich ohne weitere Erklärungen benannt. Deshalb bestand eine zweite Phase der Literaturrecherche darin, Texte zu finden, die mögliche Missverständnisse zwischen den Kulturen näher spezifizieren und versuchen, Lösungsmöglichkeiten anzubieten. Wichtige Schlagwörter waren dabei z. B. *Ethnomedizin*, *religiöse Befürchtungen hinsichtlich Psychotherapie*, *Somatisierung*, *Schmerzstörungen bei Muslimen*, *Muslimen und Psychotherapie*, *PTBS*, *Traumatisierung*, *Folter*. Um die in diesen Werken thematisierten Konflikte und Befürchtungen jedoch verstehen zu können, ist es notwendig, noch eine Ebene tiefer zu gehen und deren kulturelle und religiöse Wurzeln zu betrachten. Für eine ausreichende Klärung des Kulturbegriffs wurden Stichwörter wie *Kultur*, *Kulturdimensionen*, *Individualismus*, *Kollektivismus*, *Transkulturalität*, *Kulturkonzeption* verwendet. Im Rahmen dieser Recherche wurden für den arabischen Kulturkreis Begriffe wie *arabische Medizin*, *Prophetenmedizin*, *islamische Medizin*, *religiöse Krankheitsbewältigung im Islam*, *Djinnen*, *Böser Blick*, *magische Krankheitsursachen*, *traditionell islamische Heilpraktiken* gesucht. Hinsichtlich des westlichen Kulturkreises waren *Biomedizin*, *biopsychosoziale Gesundheit*, *Salutogenese*, *Krankheitsbewältigung* und *subjektive Krankheitstheorien* wichtige Suchbegriffe.

Die Recherche war damit ausgehend von der psychotherapeutischen Praxis immer weiter in Richtung tieferliegender Theorie orientiert. Der Aufbau der vorliegenden Arbeit ist aus Gründen der Verständlichkeit hingegen genau komplementär. Nur, wer sich mit Kultur und den kulturellen Grundlagen von Krankheitsverständnissen auseinandergesetzt hat, kann interkulturelle Probleme wirklich verstehen und diese idealerweise in der Behandlung berücksichtigen und lösen. Insofern eine Integration in den Gesamtkontext möglich erschien, wurden psychotherapeutische Beiträge verschiedener Strömungen wie beispielsweise der Verhaltenstherapie, der Tiefenpsychologie und der systemischen Therapie zusammengeführt.

2. Einführung in den Begriff der Transkulturalität

2.1 Kultur und Transkulturalität

Eine eindeutige und verbindliche Definition von Kultur zu geben, erscheint unmöglich, da die Wissenschaften in den vergangenen Dekaden unzählige verschiedene Konzeptionen vorgeschlagen haben (Tuschinsky, 2002). Um dennoch einen groben Bezugsrahmen für die in der Arbeit angestellten Überlegungen zu schaffen, werden drei bedeutsame Kulturdefinitionen vorgestellt.

2.1.1 Herders Kulturkonzeption

Herder war der Auffassung, dass jede Nation den Mittelpunkt ihrer Glückseligkeit in sich trägt wie jede Kugel ihren Schwerpunkt (Herder, 1994 (1774)). Gemäß dieser Vorstellung ist Kultur eine geschichtsphilosophische Bewegung, in welcher Humanität, Aufklärung, Natur und Vorsehung, Tradition und Innovation, Volk und Vernunft, Glück und Bildung dauerhaft wechselseitig verknüpft sind (Göhlich, Liebau, Leonhard, & Zirfas, 2006). Kultur bildet aus diesen Bestandteilen die einzigartige Substanz einer Nation, deren Charakter aus sich selbst und in Abgrenzung zu anderen Kulturen entwickelt wird (Mayer, 2011). In diesen Kulturbegriff gehen zudem Poesie, Sprache und die miteinander kommunizierende Gemeinschaft ein, sodass sich in diesen Dimensionen auch Unterschiede und Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen den Völkern zeigen (Mayer, 2011). Diese Abgrenzung und Heterogenität charakterisiert eine Kultur nach Außen, wohingegen sie nach Innen durch Homogenität geprägt ist, da die Kultur das Leben eines Volkes im Ganzen sowie im spezifischen in gleicher Weise prägen soll (Welsch, 2012). Obwohl modernere Definitionen einige ihrer Aspekte verworfen haben, stellt diese Konzeption aus dem späten 18. Jahrhundert einen wichtigen Ausgangspunkt für viele spätere Konzeptionen dar.

2.1.2 Kulturdimensionen nach Hofstede

Eine dieser moderneren Konzeptionen aus dem Ende des 20. Jahrhunderts stammt von dem holländischen Kulturpsychologen und Sozialwissenschaftler Geert Hofstede. Seine vergleichenden Kulturdimensionen stellen das bekannteste Modell zur Untersuchung von Unterschieden zwischen verschiedenen Kulturen dar (Erll & Gymnich, 2007). Kultur gleicht hier eher einer *mentalen Software* (Treichel & Mayer, 2011). Sie äußert sich in der „kollektiven Programmierung des Geistes, die die Mitglieder einer Gruppe oder Kategorie von Menschen von einer anderen unterscheidet“ (Hofstede, 2006, S. 4). Kultur erscheint damit als Geflecht mentaler Muster, die Angehörige einer bestimmten Gruppe verinnerlicht haben und entsprechend dieser „Programmierung“ in voraussichtlicher Weise handeln werden (Treichel & Mayer, 2011). Der Inhalt der *mentalen Software* speist sich aus den Lebenserfahrungen, die Indi-

viduen im Laufe der Sozialisation und Enkulturation in ihrem sozialen Umfeld machen (Treichel, 2011c). Aus umfassenden empirischen Arbeiten entstanden insgesamt fünf Kulturdimensionen: Machtdistanz, Kollektivismus versus Individualismus, Maskulinität versus Femininität, Unsicherheitsvermeidung und Langzeit- versus Kurzzeitorientierung (Treichel, 2011c). Da nicht alle dieser Kategorien für die Beschreibung kulturell geformter Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen relevant sind, wird im Folgenden auf die genauere Ausführung von Unsicherheitsvermeidung und Langzeit- bzw. Kurzzeitorientierung verzichtet.

Das Ausmaß an Machtdistanz in einer Kultur kann als Indikator für Ungleichheit in der Gesellschaft gesehen werden (Hofstede, 2006). Sie zeigt auf, in welchem Umfang Macht- und Autoritätsunterschiede sowie Hierarchiegefälle innerhalb einer Kultur geduldet werden (Erl & Gymnich, 2007). Für arabische Länder fand Hofstede sehr hohe Machtdistanz-Werte, wohingegen sie in deutschsprachigen Ländern niedrig ausgeprägt sind (Erl & Gymnich, 2007).

Eine weitere nützliche Beschreibungsdimension stellt die Orientierung einer Kultur hinsichtlich Kollektivismus oder Individualismus dar. In kollektivistisch geprägten Kulturen ist der Mensch bereits bei seiner Geburt in bestehende Wir-Gruppen integriert, welche ihm dauerhaften Schutz und Orientierung bieten, allerdings gleichzeitig unumschränkte Loyalität einfordern (Hofstede, 2006). Lockere Bindungen zwischen den Individuen finden sich dagegen in individualistischen Kulturen, da die Sorge der Menschen hier stärker auf sich selbst oder eine sehr kleine Wir-Gruppe im Sinne der engsten Familie gerichtet ist (Hofstede, 2006). Hofstede nimmt an, dass die Ausrichtung bezüglich Individualismus oder Kollektivismus in geographischer, wirtschaftlicher und historischer Abhängigkeit steht (Treichel, 2011c). So weisen wohlhabende westliche Industrienationen wie die USA oder Deutschland einen hohen Individualismus-Wert auf, wohingegen dieser in ärmeren Ländern deutlich niedriger ausgeprägt ist. Weltweit gesehen ist die individualistische Orientierung mit einer Verbreitung von nur 4% eher eine Seltenheit (Treichel, 2011c).

Die dritte relevante Kulturdimension Maskulinität versus Femininität rückt die soziokulturellen Kategorien maskulin und feminin in den Mittelpunkt des Interesses, die aufgrund kultureller Einflussgrößen variieren (Treichel, 2011c). Als maskulin wird eine Gesellschaft betrachtet, wenn eine klare emotionale Abgrenzung der Geschlechterrollen vorliegt, wobei von Männern erwartet wird, dass sie hart und bestimmt sind während Frauen eher weich und sensibel sein sollen (Erl & Gymnich, 2007). In femininen Kulturen hingegen sind die emotionalen Geschlechterrollen teilweise gleich. So wird sowohl von Frauen als von Männern erwartet, dass sie bescheiden und feinfühlig sind (Erl & Gymnich, 2007): Zunächst kontraintuitiv

erscheint das Ergebnis, dass Deutschland einen Maskulinitäts-Index von 66 aufweist und der Iran als Vertreter der arabischen Länder einen Wert von 43.

Während sich Herders Definition ausschließlich auf eine Kultur bezieht und mithilfe der genannten Kulturdimensionen verschiedene unabhängige Kulturen miteinander verglichen werden können, gibt die letzte vorgestellte Konzeption den Begriff Kultur zu Gunsten von Transkulturalität auf, sodass das zentrale Interesse sich nicht mehr auf Differenz, sondern auf Synergie richtet (Treichel, 2011b).

2.1.3 Hybridität und Transkulturalität der Kulturen nach Welsch

Wolfgang Welsch postuliert, dass keine der zentralen Annahmen Herders, wie z. B. soziale Homogenisierung, ethnische Fundierung und interkulturelle Abgrenzung auf moderne Kulturen mehr zutreffen (Welsch, 1997). Davon ausgehend formuliert er das neue Konzept der Transkulturalität, die das gegenseitige Durchdringen von Kulturen und deren Mischungen in den Vordergrund rückt (Welsch, 2012). Dabei wird zwischen einer Makroebene, der äußeren Transkulturalität, und einer Mikroebene, der inneren Transkulturalität, unterschieden. Auf Makroebene zeigt sich ein veränderter Zustand heutiger Kulturen, welcher maßgeblich aus der inneren Differenzierung einer Kultur und deren Komplexität resultiert (Welsch, 1997). Diese beinhaltet zahlreiche parallel bestehende Lebensformen und zum Teil stark unterschiedliche Subkulturen, sodass das Prinzip der Homogenität nach Innen aufgegeben werden muss. Statt der Abgrenzung nach außen ist heute eine externe Vernetzung der Kulturen festzustellen, da die Kulturen und deren Lebensformen untrennbar miteinander verbunden sind (Welsch, 1997). Im Rahmen der Globalisierung und internationalen Beziehungen nimmt die Trennschärfe zwischen Eigen- und Fremdkultur stetig ab (Welsch, 2011). Somit zeichnen sich moderne Kulturen durch Hybridisierung - also Mischungen und Neukombinationen - aus, wobei nichts mehr als wirklich Eigenes oder Fremdes ausgemacht werden kann, da innerhalb einer Kultur zwischen den verschiedenen Lebensformen ähnlich große Unterschiede vorzufinden sind wie im Außenverhältnis zu anderen Kulturen (Welsch, 1997). Beispielsweise ist die Lebensform eines Wissenschaftlers heute nicht mehr ausschließlich deutsch oder italienisch, sondern mindestens europäisch oder global geprägt (Welsch, 2012). Auch auf Mikroebene lässt sich eine transkulturelle Prägung der Individuen einer Kultur feststellen, da eine Vielzahl von Menschen durch mehrere kulturelle Herkunft und Verbindungen beeinflusst wird (Welsch, 1997). Heute lernen bereits Kinder eine große Anzahl verschiedener kultureller Muster in ihrem Alltag kennen, sodass sie für ihre kulturelle Identitätsbildung eine Vielzahl von Einflüssen unterschiedlicher Herkunft heranziehen und kombinieren können (Welsch, 2012).

2.2 Transkulturelle Psychologie

Die modernen Kulturkonzeptionen betonen oftmals den stark subjektiven Charakter von Kultur, der aus einer Konstruktion individueller Anforderungen und Möglichkeiten erwächst (Treichel, 2011a). Daher liegt eine Verbindung zur Psychologie nahe. Mit dieser Überlappung von Kulturwissenschaften und Psychologie beschäftigt sich die transkulturelle Psychologie. Wichtige Aufgaben der transkulturellen Psychologie sind die Aufstellung oder Überprüfung allgemein gültiger Verhaltens- oder Erlebensregeln für Menschen, die aus deutlich unterschiedlichen kulturellen Kontexten stammen und eine Untersuchung des kulturellen Einflusses auf ihr Verhalten (Quekelberghe, 1991). Nach Katicibasi and Berry (1989) steht die Erforschung des individuellen psychosozialen Handelns in verschiedenen Kulturen im Vordergrund. Dabei werden systematische Beziehungen zwischen

- a) den psychologischen Variablen eines Mitglieds der untersuchten Kultur und
- b) kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Einflussgrößen auf die Bevölkerung untersucht (Katicibasi & Berry, 1989).

Beck (2011) argumentiert, dass Krankheitskonzepte stets kulturspezifischer Prägung unterliegen. Die zwei Hauptgründe sieht er darin, dass im Rahmen von Behandlungen häufig versucht wird, einen Zusammenhang von den Lebensbedingungen der/des Betroffenen und der Krankheitsentstehung zu eruieren und dass sich Interventionen nicht selten auf soziale Lebensumstände beziehen, die oftmals kulturell mitbedingt sind (Beck, 2011). Das Wissen darüber, inwiefern sich kulturelle Vorstellungen in den Begriffen von Gesundheit und Krankheit manifestieren, ist eine wichtige Voraussetzung, Mitgliedern anderer Kulturen angemessen begegnen zu können. Diese wechselseitige Beziehung zwischen Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit sowie Kultur interessiert hinsichtlich der Fragestellung für den westlichen Kulturkreis im Vergleich zu dem arabisch-muslimischen Kulturkreis. Der Fokus der Arbeit liegt auf psychischer Gesundheit bzw. Krankheit, da bei dieser Kategorie Krankheiten als Abweichung von sozialen Normen, nicht von physiologischen Parametern, definiert werden, welche unmittelbar durch die Kultur des Landes geprägt sind (Franke, 2012).

3. Westlicher Krankheits- und Gesundheitsbegriff des 21. Jahrhunderts

Um bedeutsame Unterschiede zwischen den kulturell geprägten Gesundheits- und Krankheitsbegriffen feststellen zu können, ist die Ausführung eines westlichen Verständnisses als Referenzpunkt unerlässlich. Wie noch an einem späteren Punkt der Arbeit erläutert wird

(7.1.1), ist auch für die interkulturelle Psychotherapie die Reflexion der eigenen kulturellen Prägung zentral.

3.1 Vielfalt und Parallelität heutiger Konzepte

Hinsichtlich der Definitionen von Gesundheit und Krankheit bietet sich ein ähnliches Bild wie in Bezug auf die Kulturdefinition. Eine endgültige, allumfassende und allgemein akzeptierte Konzeption gibt es nicht (Faltermaier, 2005). Stattdessen existieren zahlreiche Auffassungen nebeneinander, die unterschiedliche Mechanismen der Krankheitsentstehung annehmen. Dennoch gehen alle westlichen Konstrukte davon aus, dass eine Störung durch eine Fehlfunktion der psychischen oder biologischen Organisation eines Individuums ausgelöst wird, sodass die Feststellung von Gesundheit und Krankheit in der individualistischen Konstruktionsweise allein auf den einzelnen Menschen bezogen ist (Wiencke, 2011). Für den westlichen Kulturkreis wurden die biomedizinische Vorstellung, der biopsychosozialen Gesundheitsbegriff der WHO und das Modell der Salutogenese ausgewählt. Anhand dieser Selektion lässt sich zum einen eine gewisse historische Entwicklung auch innerhalb des westlichen Kulturkreises, sowie eine stärker werdende Bedeutung von Gesundheit gegenüber Krankheit nachvollziehen.

3.1.1 Die biomedizinische Vorstellung

Das biomedizinische Modell ist die historisch älteste Konzeption der Auswahl. Krankheit besteht in einer Abweichung des nicht näher definierten optimalen Funktionierens des Organismus einer Person (Faltermaier, 2005). Besonders die Erkenntnisse der Bakteriologie und die daraus resultierenden Erfolge bei der Bekämpfung weit verbreiteter Infektionskrankheiten prägten diese Konzeption (Franke, 2012). Eine der wichtigsten Beobachtungen dieser Zeit war, dass Infektionskrankheiten wie Cholera oder Tuberkulose durch einen spezifischen Krankheitserreger, wie z. B. Bakterien ausgelöst werden (Lupton, 2003). Aus diesem Wissen wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass Unwohlsein und Krankheiten unmittelbar aus einer biologischen Störung resultieren (Furnham, Kirkaldy, & Siefen, 2013). Im Sinne der Zellulärpathologie kommt es zu einer Krankheitsausbildung, wenn ein Erreger (Agens) über einen Überträger (Vektor) auf einen Menschen mit geschwächter Immunität kommt, wobei diese Abfolge eine einfache Kausalität impliziert (Franke, 2012).

Um das Selbstverständnis der/s ÄrztIn zu illustrieren, bietet sich die Metapher der Mechanik an. Sie/ er nimmt die Rolle eines Experten der Körpermechanik ein, wessen Aufgabe darin besteht, nach einem somatischen Korrelat der Beschwerden zu suchen und diese zu behandeln, wobei sie/er keinerlei Erwartungen an ihre/seine KlientInnen richtet (Millenson,

1998). Entsprechend komplementär gestaltet sich das erwartete Verhalten der/ des Betroffenen, welches sich hauptsächlich durch passives und unkritisches Abwarten auszeichnet (Jewson, 1976). Betroffene werden aufgrund ihrer Erkrankung von Alltagspflichten entlastet, wohingegen von ihnen eine strikte Befolgung der ärztlichen Ratschläge erwartet wird (Franke, 2012). Gesundheit definiert sich als dichotomes Gegenstück negativ durch Abwesenheit von Krankheit. Gesund sind also alle Menschen, bei denen keine Krankheit medizinisch diagnostiziert werden kann (Faltermaier, 2005; Franke, 2012). Die Störungsfreiheit äußert sich darin, dass der Organismus statistische Normwerte für bestimmte physiologische Parameter aufweist, deren Überschreitung von Experten als pathologischer Zustand bezeichnet werden würde (Franke, 2012). Daher erscheint es nicht verwunderlich, dass der somatische und der psychische Teil des Menschen im Sinne Descartes völlig isoliert voneinander betrachtet werden, wobei psychischen Prozessen für die Krankheitsentstehung keinerlei Bedeutung zugemessen wird (Faltermaier, 2005).

Neuere Konzeptionen hingegen sehen sehr wohl ein Zusammenspiel körperlicher und psychischer Faktoren hinsichtlich Gesundheit und Krankheit (Kazarian & Evans, 2001). Sowohl psychische als auch subjektive Anteile des Krankheitserlebens bekommen durch die Unterscheidung von „illness“ und „disease“ größere Bedeutung. „Illness“ stellt dabei das subjektive Krankheitserleben in den Vordergrund, wohingegen „disease“ auf die objektiv messbaren Abweichungen von einer Norm fokussiert (Kazarian & Evans, 2001). Dieser subjektive Anteil im Sinne von „illness“ nimmt in dem biopsychosozialen Gesundheitsbegriff der WHO einen deutlich größeren Stellenwert ein.

3.1.2 Der biopsychosoziale Gesundheitsbegriff der World Health Organization (WHO)

1946 formulierte die Weltgesundheitsorganisation einen eigenen positiven Gesundheitsbegriff, der subjektive Aspekte von Gesundheit betont, aber gleichzeitig auch objektivierbare Daten z. B. in Form medizinisch-technischer Untersuchungen berücksichtigt (Lippke & Renneberg, 2006). „Gesundheit ist ein Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (Weltgesundheitsorganisation, 1993). Diese Konzeption geht deutlich über rein körperliche Gesundheit hinaus. Aus dem Zusammenspiel der drei Komponenten ergibt sich der biopsychosoziale Gesundheitsbegriff. Hierbei müssen biologische, psychologische und soziale Prozesse für die Pathogenese und Behandlung von Erkrankungen berücksichtigt werden (Schwarzer, 1990). Um diese ausreichend erfassen zu können, formulierte Engel (1979) folgende Merkmale des biopsychosozialen Modells:

Da sich Krankheiten stets auf subjektives Erleben beziehen, ist eine ausschließliche Beachtung somatischer Faktoren im Sinne physiologischer Parameter unzureichend. So würde das Ausmaß des Leidens einer Person unberücksichtigt bleiben. Daher sind Über- oder Unterschreitungen einer statistischen Norm notwendige, aber nicht hinreichende Gegebenheiten für die Krankheitsdefinition. Stattdessen müssen auch psychische, soziale und kulturelle Faktoren betrachtet werden. Zudem verweist Engel auf die große Bedeutung der Lebensumstände einer Person. Daraus lässt sich ableiten, dass für die Genesung eines erkrankten Menschen nicht allein die Korrektur der physiologischen Abweichung ausreichend ist (vgl. Faltermaier, 2005, S. 48).

Trotz einiger Vorteile, die eine positive Gesundheitsdefinition mit sich bringt, rief die Konzeption der WHO zahlreiche Kritik hervor. So wird ihr vorgeworfen, ein utopisches Bild zu zeichnen, da der Zustand des vollständigen und ungetrübten Wohlbefindens in der Realität nur schwer oder gar nicht zu erreichen ist (Schäfer, 1982). Deshalb sind folgende Ergänzungen sinnvoll: Gesundheit wird als dynamischer Prozess verstanden, der immer wieder neu hergestellt bzw. erhalten werden muss (Lippke & Renneberg, 2006). Dabei ist das von der WHO postulierte vollkommene Wohlbefinden relativ zu sehen, welches von einer sich als gesund definierenden Person nicht immer gänzlich erreicht werden kann oder muss (Lippke & Renneberg, 2006). Analog dazu wird Krankheit als eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens auf körperlicher, psychischer oder sozialer Ebene definiert.

Das biopsychosoziale Verständnis der WHO verfolgt einen eher deskriptiven Ansatz, der spezifiziert, welche Komponenten Gesundheit umfasst. Wie Gesundheit allerdings entsteht bzw. erhalten werden kann, stellt die zentrale Frage des Modells der Salutogenese dar.

3.1.3 Das Modell der Salutogenese

Antonovskys Konzeption der Salutogenese fragt in deutlicher Abgrenzung zu der pathogenetischen Denkweise nicht danach, was krank macht, sondern, was gesund erhält (Schmid, 2011). Dieses Modell geht im Gegensatz zu den Risikofaktormodellen, die bestimmte Faktoren als krankheitsbegünstigend ansehen, davon aus, dass Schutzfaktoren den negativen Einfluss belastender Ereignisse auf die Gesundheit reduzieren können (Reiman & Hammelstein, 2006). Deshalb steht die Frage im Vordergrund, was eine Person dazu befähigt, sowohl kritische Lebensereignisse als auch alltägliche Stressoren angemessen bewältigen zu können, ohne zu erkranken. Ein bedeutender Unterschied zwischen dem pathogenetischen und dem salutogenetischen Paradigma besteht also darin, dass in letzterem Krankheiten als normaler Bestandteil der menschlichen Existenz aufgefasst werden, da Risiken potentiell überall zu finden

sind (Franke, 2012). Des Weiteren zeichnet sich die Salutogenese dadurch aus, dass sie die Dichotomie von Gesundheit und Krankheit fallen lässt. Stattdessen werden Gesundheit und Krankheit als die Endpole eines Kontinuums betrachtet (Bischof, 2010). Antonovsky beschreibt das HEDE-Kontinuum zwischen „health-ese“ (Gesundheit) und „dis-ease“ (Entgesundheit) (Franke, 2012).

An welchem Punkt der Dimension sich eine Person befindet, lässt sich durch folgende Indikatoren bestimmen: Schmerzerleben, subjektiv eingeschätzte Beeinträchtigung der Person und Handlungsimplicationen, die z. B. eine bestimmte Behandlung nötig machen sowie prognostische Implikationen, die von der Art und Schwere der Krankheit abhängen (Reiman & Hammelstein, 2006). Diese Skala zeigt auf, dass alle Menschen gleichzeitig gesunde und kranke Anteile in sich haben, wobei die Extrempunkte absolute Gesundheit und absolute Krankheit nur in den seltenen Fällen erreicht werden (Bischof, 2010). So sind selbst Menschen, die von einer schweren Krankheit betroffen sind, solange sie noch einen Hauch Leben in sich haben, auch zu einem gewissen Anteil gesund (Antonovsky, 1997). Wichtig dafür, in dem Kontinuum eher in der Nähe des Gesundheits-Pols zu bleiben, sind die generalisierten Widerstandsressourcen einer Person (Krause, 2011). Antonovsky (1979) unterscheidet folgende Kategorien potentiell verfügbarer Ressourcen:

- a) gesellschaftlich-kulturelle Ressourcen wie Frieden oder Stabilität, die allen Mitgliedern einer Kultur gleichermaßen zur Verfügung stehen
- b) individuelle Widerstandsressourcen, hinsichtlich deren Verfügbarkeit und Zuteilung Unterschiede zwischen Menschen einer Kultur bestehen können.

Zu dieser Art generalisierter Widerstandsressourcen gehören die materielle Situation einer Person, soziale Faktoren wie soziale Unterstützung oder enge Bindungen und personale Faktoren wie Intelligenz und Coping-Strategien einer Person (Bischof, 2010). Um tatsächlich zu einem gesunden Leben beitragen zu können, ist neben der potentiellen Verfügbarkeit entscheidend, dass eine Person ihre Ressourcen auch erkennt und diese einzusetzen weiß (Krause, 2011). Je häufiger die erfolgreiche Bewältigung von Anforderungen durch eigene Ressourcen gelingt, desto wahrscheinlicher wird die Ausbildung eines hohen *Sense of Coherence* (Krause, 2011).

„Das Kohärenzgefühl wird definiert als globale Orientierung [...], die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahr-

scheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln werden, wie es vernünftigerweise erwartet werden kann“ (Antonovsky, 1997, S. 36).

Das Kohärenzgefühl kann als Globalindikator der Position auf dem HEDE-Kontinuum aufgefasst werden und besteht aus den drei untergeordneten Facetten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit (Reiman & Hammelstein, 2006). Verstehbarkeit beschreibt das Ausmaß, in dem eine Person innere und äußere Stimuli als kognitiv verstehbar und nicht als willkürlich oder chaotisch auffasst (Franke, 2012). Menschen, die ein hohes Maß an Verstehbarkeit ausweisen gehen davon aus, dass zukünftige Ereignisse vorhersehbar sind oder dass sie, falls sie überraschender Weise auftreten, erklärt und verstanden werden können (Bischof, 2010). Die Komponente der Handhabbarkeit umfasst, inwiefern ein Mensch annimmt, über Ressourcen zu verfügen, die ihn zu einer erfolgreichen Bewältigung der an ihn gestellten Anforderungen befähigen (Reiman & Hammelstein, 2006). Viel erlebte Handhabbarkeit bewirkt, dass sich Personen durch Ereignisse nicht in eine Opferrolle gedrängt oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen (Krause, 2011). Die dritte und motivationale Facette des Kohärenzgefühls besteht aus dem Erleben von Sinnhaftigkeit, welche von Antonovsky als ausschlaggebend für das Ausmaß des Kohärenzgefühls angenommen wird (Reiman & Hammelstein, 2006). Sie umfasst die Überzeugung von der Bedeutsamkeit des Handelns und des Lebenssinns, wodurch Bereiche identifiziert werden können, die es wert sind, emotional in sie zu investieren (Krause, 2011). Menschen, die viel Sinnhaftigkeit in ihrem Handeln erkennen, tendieren stärker dazu, Anforderungen und Aufgaben eher als Herausforderung, denn als Last und Bürde zu betrachten (Franke, 2012). Ein gering ausgeprägtes Kohärenzgefühl in Verbindung mit wenig verfügbaren generalisierten Widerstandsressourcen einer Person stellt nach dem Modell der Salutogenese ein erhöhtes Krankheitsrisiko dar, besonders, wenn eine Person mit psychosozial belastenden Ereignissen konfrontiert ist.

Vergleicht man die Konzeptionen von Biomedizin, biopsychosozialem Verständnis und Salutogenese, wird ersichtlich, dass die subjektive Wahrnehmung einer Person einen immer größer werdenden Stellenwert für die Feststellung von Gesundheit oder Krankheit einnimmt. Dennoch können auch von diesen Modellen die subjektiven Krankheitstheorien stark abweichen. Für eine effektive Behandlung ist auch die Kenntnis von Laientheorien relevant, da sich die/der BehandlerIn so besser in die Vorstellungswelt von Betroffenen einfühlen können und ihnen dort begegnen (Franke, 2012). Für ein umfassendes Bild des westlichen Kulturkreises mit professionellen und naiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen sind deshalb zudem subjektive Krankheitstheorien relevant (Frank, Belz-Merk, Bengel, & Strittmacher, 1998).

3.2 Subjektive Krankheitstheorien hinsichtlich psychischer Erkrankungen in Deutschland

Generell ist festzustellen, dass das Konzept von psychischen Erkrankungen in Deutschland stark dem Einfluss von Bildung, sozialer Klasse und dem Wissen über psychische Störungen unterliegt (Krahl, 1995). Innerhalb der Gruppe der psychischen Krankheiten differenzieren die meisten Menschen zwischen Geisteskrankheit und Gemütskrankheit, welche nach Krahl (1995) durch folgende Merkmale charakterisiert sind:

Hinsichtlich der Entstehung von einer Geisteskrankheit spielen nach der Meinung vieler Bürger genetische und organische Faktoren der betroffenen Person die bedeutendste Rolle. Beispiele für die so bezeichnete Geisteskrankheit sind Psychosen. Man nimmt an, dass die Krankheit ihrem eigenen Verlauf nachgeht und dabei nur geringfügig durch therapeutische Maßnahmen eingeschränkt werden kann. Genauso besteht kein bedeutender Zusammenhang zu sozialen Beziehungen oder der materiellen Situation einer Person. An einer Geisteskrankheit leidende Menschen werden von einem Großteil der Bevölkerung als gefährlich betrachtet, wobei Betroffene an ihren seltsamen Kleidern und ihrem starren Blick angeblich zu erkennen sind.

Anders gestalten sich die populären Annahmen hinsichtlich des Konzepts der Gemütskrankheit, unter welche z. B. Depressionen oder Ängste fallen. Der Gemütskrankheit werden nur geringe genetische Ursachen zugesprochen, wohingegen Schwierigkeiten in der sozialen Umwelt, sowie den persönlichen Beziehungen entscheidend für die Entstehung einer Krankheit solcher Art sind. Zudem kann ein dispositionell *zartes Gemüt* eine Gemütskrankheit wahrscheinlicher machen. Gemütskranke werden im Gegensatz zu Geisteskranken nur für sich selbst und nicht für andere als gefährlich eingeschätzt. (vgl. Krahl, 1995, S. 253 f.).

Ein weiterer Unterschied gemäß der öffentlichen Meinung besteht darin, dass Gemütskranke bei klarem Verstand und gut orientiert sind, sodass ihre Handlungen einen nachvollziehbaren Charakter haben (Jaeckel & Wieser, 1970).

Die Konzepte von Geistes- und Gemütskrankheit stellen naive Krankheitstheorien auf interindividueller Ebene dar, wohingegen diese auf der Ebene des betroffenen Individuums anders gestaltet sind. Für dieses ist zudem stets relevant, die Krankheit verstehen zu lernen um langfristige Änderungen in den Lebensgewohnheiten vornehmen zu können (Filipp, 1990). Das „common-sense model of self-regulation of health and illness“ von Leventhal und Kollegen schlägt als Beispiel für intraindividuelle Erklärungsmodelle zwei duale Prozesse

vor, durch welche subjektive Krankheitstheorien betroffener Personen entstehen (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003):

Der stärker kognitive Anteil von subjektiven Krankheitsvorstellungen beinhaltet die Aktivierung bzw. Bildung von Krankheitskonzepten, indem eigene Erfahrungen und bestehendes Wissen über die Krankheit integriert werden. Inhalt dieser Konzepte sind Annahmen über Ursachen, Symptome, Konsequenzen und den zeitlichen Verlauf ihrer Krankheit sowie eine Einschätzung, inwieweit die Krankheit kontrollierbar oder heilbar ist. Aus den so gebildeten Krankheitskonzepten werden als passend wahrgenommene Bewältigungsstrategien abgeleitet und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit beurteilt. Durch die Konsequenzen der Bewältigungsversuche ergibt sich eine Rückwirkung auf die subjektiven Krankheitskonzepte.

Der zweite Prozess, der auf die subjektiven Krankheitstheorien von Menschen einwirkt, ist die emotionale Repräsentation der Krankheitserfahrung, die meist mit negativen Emotionen wie Angst, Trauer und Wut einhergeht. Auch diese affektiven Zustände erfordern Bewältigungsstrategien, die Personen ebenfalls bewerten. Zwischen der affektiven und der kognitiven Repräsentation werden in diesem Modell zahlreiche Wechselwirkungen und Feedbackschleifen angenommen (vgl. Vollmann, Salewski, & Scharloo, 2013, S. 239).

Subjektiven Krankheitstheorien sind für den Vergleich mit volkstümlichen Überzeugungen hinsichtlich psychischer Krankheiten sehr aufschlussreich. Um die inhaltliche Ausgestaltung subjektiver Theorien nachvollziehen zu können, wird diese am Beispiel der Depression näher beschreiben

Die meisten Betroffenen mit Depressionen nehmen ein multidimensionales Ursachengefüge an (Vollmann et al., 2013). Als wichtigste Ursachen sehen sie die eigene Gemütsverfassung, alltäglichen Stress und frühe kritische Lebensereignisse an. Weitere Einflussgrößen bestehen laut den Betroffenen in Beziehungsproblemen, familiären Problemen oder dem Verlust einer nahestehenden Person. (Angst et al., 2002; Brown et al., 2001; Budd, James, & Hughes, 2008): Dahingegen schätzen erkrankte Menschen den Einfluss von genetischen oder biochemischen Prozessen eher gering ein

Subjektive Krankheitstheorien spielen auch im arabisch-muslimischen Kulturkreis eine wichtige Rolle, insbesondere für die Erklärungen psychischer Krankheiten. Bevor allerdings diese im Rahmen volkstümlicher Überzeugungen betrachtet werden, ist es wichtig, historische und religiöse Einflüsse auf das Krankheitskonzept zu beleuchten.

4. Konzeptualisierung von Gesundheit und Krankheit im arabisch-muslimischen Kulturkreis

Neben der westlichen Auffassung gibt es weltweit zahlreiche andere Verständnisse. So integriert beispielsweise die afghanische Medizin personalistische und naturalistische Elemente (Tuschinsky, 2002). Personalistische medizinische Traditionen gehen davon aus, dass übernatürliche Wesen wie Götter oder Geister sowie Menschen mit besonderen Fähigkeiten Krankheiten verursachen können, weshalb die Heilung einer solchen Krankheit Spezialisten erfordert, die sich mit genannten Mächten auskennen (Tuschinsky, 2002). Naturalistische Vorstellungen, zu denen die Humoralpathologie der Antike gezählt werden kann, hingegen zeichnen sich durch die Annahme aus, dass im Fall von Gesundheit eine Balance verschiedener Elemente im Körper vorherrschen muss (Tuschinsky, 2002).

4.1 Historischer und religiöser Hintergrund

Das Beispiel aus der afghanischen Medizin zeigt, dass der kulturell geformte Krankheitsbegriff auch in diesen Ländern zahlreichen Einflüssen aus verschiedenen Zeiten und unterschiedlichen Richtungen unterliegt z. B. medizinischen Erkenntnissen oder religiösen sowie volkstümlichen Annahmen.

Betrachtet man die Einflussgrößen in diesen Ländern, gilt es, klar zwischen kulturellen und religiösen Aspekten zu differenzieren. Kulturelle Faktoren wie das in einem späteren Teil (5.1.1) dargestellte Patientenselbstverständnis prägen arabische Gesellschaften als Ganze und sind daher auch für andere Glaubensrichtungen in diesen Ländern wie z. B. Christen gültig. Religiöse Einflussgrößen, die sich aus der Zugehörigkeit zu dem islamischen Glauben ableiten, sind hingegen auch für Muslime außerhalb der arabischen Länder gültig. Ein im Folgenden wichtiges Beispiel dafür ist der Geisterglaube an die *Djinnen* (3.2.1). Um zu einer guten Verständlichkeit der Arbeit beizutragen, wird jeweils gekennzeichnet, auf welche Gruppe an Menschen die getroffenen Aussagen zutreffend sind.

4.1.1 Die alte arabische Medizin

Mag sich ab dem Mittelalter ein unterschiedliches medizinisches Verständnis in der westlichen und der arabischen Kultur entwickelt haben, so gibt es dennoch eine wichtige gemeinsame Grundlage, die griechische Antike. Doch bereits davor existierte in den arabischen Ländern ein medizinisches System, das unterschiedliche Facetten hatte. So wurde eine auf magischen Handlungen beruhende Urheilkunde parallel zu einer empirisch physiologischen Medizin praktiziert, wobei die wissenschaftliche arabische Medizin durch die Konfrontation mit griechischem Wissen im neunten Jahrhundert viel übernahm (Schmitz, 1998). Vorislami-

sche religiös-magische Vorstellungen hatten sich besonders im medizinischen Bereich erhalten, welche aus islamischer Perspektive einer Auseinandersetzung bedurften, da sie dem grundlegenden Prinzip des Einheitsglaubens widersprachen (Schmitz, 1998). Anstatt dessen nahmen die vorislamischen Vorstellungen eine Vielzahl von magischen Wesen und Geistern an. Als Reaktion auf das griechische Wissen wurde von dem Kalifen al-Ma'mun eine Übersetzungsakademie in Bagdad gegründet, in welcher fast ausschließlich Christen bedeutende Positionen inne hatten (Bürgel, 1991).

Die Tendenz, dass Angehörige jüdischer und christlicher Minderheiten in der Ärzteschaft überproportional vertreten waren, blieb aufgrund der Toleranz des Islams gegenüber anderen monotheistischen Religionen über Jahrhunderte bestehen (Weisser, 1991). Daraus wird ersichtlich, dass dieser historische Hintergrund nicht nur für die muslimische Glaubensgemeinschaft der arabischen Länder relevant war. So sehr das antike Griechenland als Vorbild diente, wurde dennoch bereits bei der Übersetzung der medizinischen Schriften eine Arabisierung des Erbes initiiert, indem beispielsweise aus griechischen Göttern Engel gemacht wurden und Zeus in Allah umbenannt wurde (Bürgel, 1991). Inhaltlich rezipierte die frühe arabische Medizin hellenistisches Erbe, wobei besonders die Humoralpathologie des Galen von Pergamon eine zentrale Rolle einnahm. Ihr liegt die Annahme zu Grunde, dass im Körper des Menschen vier Säfte vorhanden sind: Blut, Schleim und gelbe sowie schwarze Galle (Sarközi, Heyde, & Hennig). Während es Hippokrates Leistung war, den Körpersäften Attribute der Wärme und Feuchte zuzuweisen, verband Galen die vier Körpersäfte unter anderem mit den vier Temperamenten, woraus die Typenlehre entstand (Sarközi et al.). Aus der Kombination der Geschwindigkeit und Intensität des Gefühlsverlaufs ergeben sich die vier Charaktertypen Sanguiniker, Choliker, Melancholiker und Phlegmatiker. Gesundheit wurde als Gleichgewicht zwischen Extremen betrachtet (Eukrasie), wobei diese Balance entweder durch willkürlich wirkende Naturkräfte oder die Lebensweise der/des Betroffenen gestört werden konnte (Dyskrasie) (Strohmaier, 2010).. Die arabischen Ärzte konnten den antiken Wissensschatz fast vollständig in sorgfältiger Systematisierung erhalten und gaben dieses Wissen im Hochmittelalter an das bis dahin rückständige Abendland weiter (Weisser, 1991). Dass die europäische Medizin später also wieder an antike Wurzeln anknüpfen konnte, ist der alten arabischen Medizin zu verdanken.

Einen wichtigen Beitrag für die systematische Konservierung des Wissens leistete Avicenna (980-1037 n. Chr.) mit seinem bedeutenden Buch „Canon medicinae“, in dem er ausführlich die Theorie und Praxis der galenischen Medizin für arabische Ärzte verständlich machte (Schipperges, 1975). Deshalb wird er als der bedeutendste Vermittler zwischen dem

hellenistischen Kulturgut und dem Abendland angesehen (Schmitz, 1998). Die hippokratische Medizin bezog in vielerlei Hinsicht kritisch Stellung zu traditionell magischen Krankheitstheorien, indem sie z. B. festsetzte, dass keine Krankheit - auch nicht die von vielen als Besessenheit gedeutete Epilepsie - durch göttliche Wesen ausgelöst werden konnte (Strohmaier, 2010). In arabischen Ärztespiegeln wurden berufskundliche Vorschriften und Ratschläge erteilt, was auch den Umgang mit Betroffenen und das Rollenverständnis des Behandlers betraf (Weisser, 1991). Zudem mussten auch die arabischen Ärzte den Hippokratischen Eid ableisten, der einen ethischen Rahmen für ihr Handeln spannte (Bürgel, 1991). Für die Behandlung der/ des Betroffenen galt das Prinzip größtmöglicher Schonung, sodass z. B. keine Arzneimittel verwendet werden sollten, falls eine Diät ausreichend war (Weisser, 1991). Der Arzt als Vertreter der edelsten unter den Künsten wurde dabei sogar noch über dem Herrscher gesehen, da selbst dieser den Ratschlägen seines Arztes gehorchen musste (Weisser, 1991).

Ein in der arabischen Welt weit bekanntes Beispiel dafür ist die Diagnose eines liebeskranken Mächtigen mittels Pulsfühlen, der die eigentliche Ursache seines Leidens verheimlichen wollte (Bürgel, 1991). Da diese Geschichte ein sehr gutes Beispiel für einerseits die bereits vermuteten psychosomatischen Zusammenhänge und andererseits für die ausgeprägte narrative Tradition ist, wird sie in einem späteren Teil der Arbeit (7.2) ausführlich dargestellt. Für den als beinahe allmächtig angesehenen Arzt wurden Einfühlungsvermögen und Intuition als besonders wichtig angesehen (Bürgel, 1991). So kann auch auf eine rudimentär ausgeprägte psychologische Dimension der Behandlung geschlossen werden. Obgleich vorislamische Annahmen zurückgewiesen wurden, sahen sich die muslimischen Ärzte - in Abgrenzung zu ihren christlichen und jüdischen Kollegen - neben ihrer Rolle als Diener der heilenden Natur im wissenschaftlichen Sinne auch als Werkzeug göttlicher Vorsehung (Weisser, 1991).

4.1.2 Die Prophetenmedizin

Unter den Traditionsfrommen schwand aufgrund ihrer anderen Religion allmählich die Akzeptanz jüdischer und christlicher Ärzte sowie die ihrer Heilmethoden (Strohmaier, 2010). Besonders negativ wurden diese Ärzte dann beurteilt, wenn sie den in der islamischen Religion verbotenen Wein oder Musik gegen Leiden der Seele wie Schlaflosigkeit oder Depression verschrieben (Bürgel, 1991). Als eine Gegenbewegung zu der alten arabischen Medizin setzte sich ab dem 13. Jahrhundert immer stärker werdender religiöser Dogmatismus hinsichtlich medizinischer Erkenntnisse durch (Schmitz, 1998). Die Medizin wurde zunehmend zu einem religiösen Gegenstand erhoben, im Zuge dessen die Mächtigkeit von Hippokrates und Galen der Mohammeds und Allahs unterworfen wurde (Bürgel, 1991). So entwickelte sich aus dem Geist der Ablehnung die sogenannte Prophetenmedizin, die sich maßgeblich auf die Aussagen

des Propheten Mohammeds stützt (Strohmaier, 2010). Folglich ist die Prophetenmedizin in den arabischen Ländern insbesondere für Angehörige des Islams sowie für Muslime in anderen Ländern relevant. Die Quelle der Prophetenmedizin sind die *Hadithe*, die schriftliche Fixierung der Aussprüche Mohammeds (Masri & Walter, 2013). In diesen finden sich konkretere Anweisungen, wie Gesundheit zu bewahren bzw. Krankheit zu behandeln ist, wohingegen der Koran über die Seele des Menschen und ihre inneren Konflikte auf abstrakterer Ebene spricht und selten genaue Angaben zu Heilung macht (Masri & Walter, 2013).

Obwohl sich der Islam zuvor entschieden gegen Annahmen magischer Kräfte gewehrt hatte, fließen diese gleichsam mit religiösen Überzeugungen und primitiven Heilpraktiken in die *Hadithe* ein (Bürgel, 1991). Zu den bekanntesten Hadithsammlungen zählt dabei das Buch *al-Bucharis* (810-870 n. Chr.) (Schmitz, 1998). Es beginnt mit dem für das muslimische Verständnis für Behandlung zentralen Ausspruch: „Wahrlich, Allah hat sowohl die Krankheit als auch die Heilung herabgesandt. So lasst euch behandeln, aber verwendet keine verbotenen Mittel!“ (zitiert nach Masri & Walter, 2013, S. 40). Wie Krankheit also auf Allah zurück geführt werden muss, ist auch in der Heilung seine Gnade zu erkennen, da dieser Gott keine Krankheit ohne ihre Heilung erfunden habe (Sündermann, 2006). Auch einen zweiten wichtigen Aspekt thematisiert dieses Hadith-Zitat: So sollte der Erkrankte sich nicht ausschließlich auf das im Koran mehrmals empfohlene Gottvertrauen (*tawakkul*) verlassen, oder gar gänzlich auf ärztliche Behandlung verzichten (*tark atatawi*) (Bürgel, 1991). Der Prophet Mohammed differenzierte für die Art der vorgeschlagenen Behandlung dabei zwischen körperlichen und seelischen Krankheiten: Für seelische Krankheiten empfahl er besonders die Rezitation bestimmter Koran-Verse und das Bittgebet, wohingegen er bei körperlichen Krankheiten materielle Therapie in den Vordergrund rückte (Masri & Walter, 2013). Besonders gut eignet sich für diese körperliche Behandlung laut Mohammed Honig, Aderlass und Kauterisierung, das Brennen mit Feuer (Schmitz, 1998). Desweiteren vertreibe das schwarze Korn, womit vermutlich Kreuzkümmel gemeint war, viele Krankheiten (Schmitz, 1998). Für die weitere Entwicklung der Medizin war es allerdings verheerend, dass Mohammed das Prinzip der Ansteckung verneinte und die Vorstellung, dass eine Krankheit sich von Mensch zu Mensch oder Tier zu Mensch übertrug, damit auf eine Stufe mit Aberglauben stellte (Strohmaier, 2010). Bereits dadurch, dass der Prophet zur Krankheitsbewältigung die beständige Wiederholung ausgewählter Koran-Stellen empfahl, wird deutlich, dass Krankheit im Islam stets auch eine religiöse Dimension hat.

4.1.3 Religiöse Botschaft und Auftrag der Krankheit für gläubige Muslime

Muslimische Glaubensausprägungen sehen sowohl Kranksein als auch Gesundheit als eine grundlegende Lebenswirklichkeit von Menschen an, wobei Gesundheit im Sinne des Freiseins von Schmerzen oder Strukturanomalien des Körpers als eine der größten Gottesgaben interpretiert wird (Ilkilic, 2003). Bezüglich der Gründe, warum Allah einem Menschen Krankheit schickt, herrscht keine Einigkeit in der Literatur. Während Laabdalloui und Rüschoff (2005) sowie Ilkilic (2003) Krankheit ausschließlich positiv als Prüfungssituation eines Muslims auf seinem Weg zu Gott darstellen, sprechen Masri und Walter (2013) von verschiedenen Zielen, die eine Krankheit im religiösen Sinne verfolgen kann. So kann sie neben der beschriebenen Funktion der Prüfung auch Segen oder Belohnung für Märtyrer, Warnung, Versuchung oder Strafe im Fall von Selbstverschulden bedeuten (Masri & Walter, 2013). Krankheit als Strafe droht nach ihrem Verständnis den Muslimen, die vom Weg Allahs abweichen oder diesen gar verleugnen (Masri & Walter, 2013). Dem entgegengesetzt wird auf einen bedeutsamen Hadith verwiesen, der den Krankheitszustand als Gelegenheit der Sündenvergebung darstellt (Ilkilic, 2003). Auch in der Sunna heißt es, dass kein Leiden einen Muslim befällt, ohne dass Gott ihm seine Sünden verzeihe (Rüschoff & Laabdallaoui, 2009). Im Koran selbst findet sich ein Krankheitsbegriff mit doppelter Bedeutung. Zum einen ist von *Krankheit im Herzen* die Rede, womit Verhaltensweisen wie Heuchelei, Glaubenszweifel oder fehlende Frömmigkeit bezeichnet werden (Laabdallaoui & Rüschoff, 2005). Der zweite Aspekt des koranischen Krankheitsbegriffs versteht Krankheit als Schmerzen verursachend oder Fehlbildung des Körpers (Ilkilic, 2003). Beide Verwendungen bezeichnen dabei die Störung eines Gleichgewichts im Verhältnis des Menschen zu Gott als auch zur Welt (Laabdallaoui & Rüschoff, 2005). Da Körper und Gesundheit dem Menschen für eine gewisse Zeit von Gott überlassen werden, ist es die Aufgabe des Menschen, mit diesen Ressourcen verantwortungsbewusst umzugehen (Ilkilic, 2003). Daraus lässt sich die muslimische Pflicht ableiten, im Falle einer Erkrankung mittels medizinischer Untersuchung und Behandlung alles zu unternehmen, um die Gesundheit wieder herzustellen (Rüschoff & Laabdallaoui, 2009).

Aufgrund dessen, dass Krankheit auch als gestörtes Gott-Mensch Verhältnis aufgefasst wird, besteht ein Teil der Heilung für gläubige Muslime auch darin, in diesem wieder eine Balance herzustellen (Laabdallaoui & Rüschoff, 2005). Aus diesem Auftrag, sein Verhältnis zu Gott zu erneuern, ergeben sich oftmals ausgeprägte religiöse Versuche der Krankheitsbewältigung, die noch unter 4.3.1 konkreter darstellen werden. Ein weiterer Aspekt, der sich aus Krankheit als Prüfung ableiten lässt, besteht in der Gedulds- und Glaubensprobe eines Muslims wie es im Koran beispielhaft an der Geschichte des Propheten Hiob veranschaulicht wird

(Ilkilic, 2003). Mit dieser Haltung geht auch noch ein anderes wichtiges Gebot im Islam einher. Grundsätzlich fordert diese Religion von ihren Gläubigen Unterwerfung, was sich im Sinne des sich in das Schicksal Fügens auch Unterwerfung gegenüber der Krankheit bedeuten kann (Bürgel, 1991). Diese Haltung sollte allerdings weder von praktizierenden Muslimen noch von Außenstehenden als ein passives Erdulden aufgefasst werden, was in Extremfällen bis zu einer Ablehnung medizinischer Behandlung führen könnte. Vielmehr ist damit das geduldige Ertragen von schweren Situationen gemeint, in denen alle menschliche Macht ein Ende gefunden hat und sich Muslime vertrauensvoll in die Hände ihres Gottes begeben (Rüschhoff & Laabdallaoui, 2009). Sehen sich Gläubige mit scheinbar unerträglichen Situationen oder Schicksalsschlägen konfrontiert, spricht ihnen der Koran auch in diesen Fällen Mut zu. So lautet die Sure 23, Vers 62: „Und wir fordern von keiner Seele etwas darüber hinaus, was sie zu leisten vermag. Und wir haben ein Buch, das die Wahrheit spricht; und es soll ihnen kein Unrecht geschehen“ (zitiert nach Masri & Walter, 2013, S. 81). Somit können sich Muslime stets darauf verlassen, dass ihnen von ihrem Gott nicht mehr zugemutet wird als sie ertragen können.

4.1.4 Ganzheitlicher Gesundheits- und Krankheitsbegriff des aktuellen islamischen Verständnisses

Im modernen islamischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit herrscht Ganzheitlichkeit im doppelten Sinne vor. Einerseits bezieht sich diese auf das Verhältnis von Körper und Geist zueinander. So hat die Verbindung von Körper und Geist in der islamischen Vorstellung ein großes Gewicht, das über die Anerkennung psychosomatischer Zusammenhänge in den westlichen Ländern hinaus geht (Tuschinsky, 2002). Zwischen physiologischen, psychologischen oder übernatürlichen Krankheitsursachen wird nicht differenziert, was nach westlichem Verständnis häufig als Somatisierung bezeichnet wird (Tuschinsky, 2002). Da dies viel Potential für Missverständnisse zwischen den Kulturen birgt, wird auf das Phänomen der unterstellten Somatisierung bei muslimischen Betroffenen unter 5.1.2 noch ausführlicher eingegangen. Zum anderen sehen arabische Kulturen Krankheit als ein den ganzen Organismus betreffendes Ereignis an, welches nicht auf einzelne Körperteile reduziert werden kann (Wurzbacher, 2003). Die Krankheitsvorstellung geht dabei sogar noch über den eigenen Körper hinaus, sodass Krankheit nicht nur ein Mangel an Gesundheit, sondern eine umfassende Störung aller Lebensbereiche darstellt (Wurzbacher, 2003). Folglich ist der Zustand des Krankseins nicht allein auf das betroffene Individuum reduziert, sondern beinhaltet eigene Regeln für den Umgang mit Kranken und spezielle religiöse Pflichten (Wunn, 2006).

Neben diesem medizinischen Verständnis existieren in allen arabischen Ländern noch zahlreiche traditionelle Heilangebote, sodass eine dichotome medizinische Versorgung entsteht (Assion, 2004). So ist beispielsweise in Ägypten die moderne Psychiatrie und Psychotherapie sehr stark von der britischen Tradition geprägt und gleichzeitig versuchen viele Angehörige psychisch Kranker diese zu einem Besuch bei einem traditionellen Heiler zu bewegen, da sie magische Krankheitsursachen annehmen (Abd El-Gawad, M. S., 1995).

4.2 Volkstümliche Überzeugungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit

Analog zu den subjektiven Krankheitsvorstellungen im westlichen Kulturkreis finden sich in den arabischen Ländern volkstümliche Überzeugungen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit, die im Bereich der psychischen Krankheiten besonders ausgeprägt sind. Dabei unterscheiden sich die Lagentheorien wenig hinsichtlich ihrer Struktur. So nehmen auch hier Verwandte und Betroffene von psychischen Krankheiten ein stark belastendes Ereignis wie den Verlust einer geliebten Person oder stressauslösende Lebensbedingungen als Hauptursache für das Auftreten der Krankheit an, wohingegen genetische Faktoren selten als bedeutsam angesehen werden (Abd El-Gawad, M. S., 1995). Laien tendieren in den arabischen Ländern dazu, einen spezifischen Faktor für die Krankheitsentstehung ausfindig zu machen, was die Selbsterhaltung begünstigt und einer Person die Verantwortlichkeit für ihre Erkrankung abspricht (Abd El-Gawad, M. S., 1995). Als mögliche Ursachen für das Ausbrechen einer psychischen Krankheit sind die *Djinnen* und der *Böse Blick* am häufigsten vermutet. Hinsichtlich der Vorstellungen von Verwandten über psychische Krankheiten zeigt sich eine Parallele zu dem in der deutschen Gesellschaft verbreiteten Konzept der Geisteskrankheit. So bringen Menschen im arabischen Raum mit diesen Krankheiten u. a. sinnlose Rede, Selbstgespräche der/ des Betroffenen, Aggressivität, Aufregung, bizarres Verhalten und eine auffällige Gesamterscheinung in Verbindung (Abd El-Gawad, M. S., 1995).

4.2.1 Geistige Krankheit durch das Einfahren eines *Djinn* in einen Muslim

Unter dem Begriff *Djinn* wird eine Vielzahl unterschiedlicher Arten und Klassen von vorislamischen Geistern und Dämonen verstanden, die sowohl im Koran und der Sunna, als auch in den Erzählungen von 1001 Nacht häufig thematisiert werden (Fartacek, 2002). Relevant ist die Auseinandersetzung mit den *Djinnen* besonders deshalb, da aktuelle Forschung in den arabischen Ländern nahe legt, dass der Einfluss dieser Erklärungsmuster – zumindest in einigen Gesellschaftsschichten – sich aktuell sogar vergrößert (Fartacek, 2002). Aufgrund dessen ist davon auszugehen, dass diese Überzeugungen auch bei einem großen Teil der uns erreichenden Geflohenen zu finden sind. Der Glaube an den schädlichen Einfluss der *Djinnen*

ist jedoch nicht auf die arabische Welt beschränkt, sondern findet sich auch beispielsweise in der Türkei und bei in Deutschland lebenden Türken (Assion, 2004). In der Sure 55 des Korans findet sich folgender Ausspruch: „Er hat den Menschen aus einer Trockenmasse wie dem Töpferton erschaffen. Und Er hat die *Djinn* aus einer Feuerflamme erschaffen“ (zitiert nach Hentschel, 1997, S. 23). Bemerkenswert daran, dass die *Djinnen* auch im Koran erwähnt werden, ist, dass vorislamischer magischer Geisterglaube so doch Einzug in die offizielle Religion gefunden hat und somit zu den Glaubensinhalten für Muslime gehört (Sündermann, 2006). Für die arabischen Bevölkerungen sind die *Djinnen* Wesen zwischen Menschen und Engeln (Karabila, 1995). Die Geister können sich dem Menschen in Tier- Menschengestalt nähern, wobei Hunde, Katzen, Schlangen oder Skorpione als besonders prädestiniert angesehen werden, einen *Djinn* in sich zu tragen (Fartacek, 2002). Der Ursprung der Feindschaft zwischen Mensch und *Djinnen* steht ebenfalls im Koran festgeschrieben. So lautet Vers 18 der Sure 50: „Und (damals), als wir zu den Engeln sagten: „*Werft euch vor Adam nieder!*“ Da warfen sich alle nieder außer Iblīs. Der war einer von den *Djinnen*“ (zitiert nach Hentschel, 1997, S.24). Iblīs wurde deshalb aus dem Paradies verstoßen (Masri & Walter, 2013). Da Iblīs als Vater der *Djinnen* gilt, übt er großen Einfluss auf die weiteren Geister-Generationen aus, sodass diese seither versuchen, den Mensch vom geraden Weg der Religion abzubringen (Hentschel, 1997). Muslime fürchten die *Djinnen*, da diese in Menschen fahren können und in ihnen verschiedene Krankheiten und Besessenheit auslösen können.

Grundsätzlich gibt es neben den bösen Geistern auch gute *Djinnen*, die dem Menschen bei der Verfolgung seiner Ziele und Erfüllung seiner Wünsche helfen können (Fartacek, 2002). Da eine vollständige Darstellung allerdings zu umfangreich wäre, werden im Folgenden die wichtigsten drei Vertreter der bösen *Djinnen* kurz vorgestellt.

Iblīs stellt eine der gefährlichsten Erscheinungsformen der *Djinnen* dar und trägt den Eigennamen des Teufels (Hentschel, 1997). Seine Relevanz für den Alltag besteht, wie bereits durch die Koranstelle angeklungen, darin, den Menschen vom rechten Weg abzubringen und ihn zu verführen, etwas Verbotenes zu tun (Fartacek, 2002).

Über ‘Ifrit gibt es z. B. in Syrien zahlreiche Alltagsgeschichten, wonach er sich besonders in einsamen Berglandschaften aufhalte und Menschen, die bei Abenddämmerung diese Gebiete durchqueren müssen, sehr gefährlich werden könne (Fartacek, 2002). Da er die Fähigkeit besitzt, sich zu verwandeln, wird er als besonders falsches Geschöpf angesehen, das die Menschen auf vielfältige Weise z. B. in Gestalt verletzter Tiere oder alter Menschen zu hinterlistigen versucht (Fartacek, 2002).

Qarīna stellt eine weibliche *Djinna* dar und hat große Bedeutung im modernen Volksglauben, welcher diese als Kinderbett-Dämonin bezeichnet (Hentschel, 1997). Sie kann Müttern in der Schwangerschaft und bei der Geburt sowie den Säuglingen sehr gefährlich werden, indem sie die Frauen unfruchtbar oder krank macht und ihre Kinder tötet (Fartacek, 2002). Über sie wird erzählt, dass sie ursprünglich Adams Frau war, welcher sie allerdings verstieß, sodass sie Rache am Menschengeschlecht schwor (Hentschel, 1997).

Von der Art und Weise, wie *Djinnen* in den Kontakt mit Menschen treten, gibt es in den arabischen Bevölkerungen genaue Vorstellungen. Um die Begegnung mit den Geistern zu vermeiden, trifft der Mensch Vorsichtsmaßnahmen. Beispielsweise werden die *Djinnen* angesprochen und es werden dunkle Räume ausgeleuchtet, um dem Geistern die Flucht zu ermöglichen, sie nicht zu verletzen oder beleidigen (Wieland, 1994). Weitere Präventivmaßnahmen ist das Sprechen ritualisierter Formeln wie: „Gestatten, ihr Bewohner dieser Erde“, besonders an Plätzen wie Höhlen, Gräber oder Ruinen nötig, wo sich die *Djinnen* häufig aufhalten (Fartacek, 2010). Unter der Bevölkerung weit verbreitet sind zudem auch das Tragen von Amuletten sowie das Anbringen von Hufeisen über der Haustür zum Schutz vor den bösen Geistern (Fartacek, 2010). Trotzdem kommt es zu einem Aufeinandertreffen von Mensch und Geist, was bei dem Menschen gerechtfertigte Angst vor Schaden oder Besessenheit hervorruft, da die *Djinnen* häufig in den Menschen fahren und von diesem Besitz ergreifen (Wieland, 1994). Stellt sich die Besessenheit des Geschädigten ein, suchen die Betroffenen traditionelle Heiler auf, um die Geister aus ihrem Körper zu treiben (Sündermann, 2006). Wie genau eine solche Behandlung aussehen kann, wird unter 4.3.2 erläutert. Die Krankheiten, die die *Djinnen* in einem Menschen herbeiführen können, sind vielseitig und reichen von Verrücktheit und Apathie über psychische oder neurologische Störungen bis zu sexueller Unlust (Sündermann, 2006).

Die Vorstellung moderner Heiler von Besessenheit sieht dabei so aus, dass die *Djinnen* auch eine Gestalt der Luft annehmen und damit durch jede Körperöffnung schlüpfen können, wo sie im Gehirn Krankheiten auslösen wie z. B. die Epilepsie (Sündermann, 2006). Befindet sich ein *Djinn* in einem Menschen ist die Gefahr groß, dass er diesen in den Wahnsinn oder in den Tod treiben wird (Hentschel, 1997). Je nach Schweregrad der Vereinnahmung verändert sich die Persönlichkeit der/des Betroffenen nur teilweise oder vollständig (Sündermann, 2006).

Verrücktheit zeigt sich bei vollständiger Ermächtigung durch den *Djinn*, sodass der Erkrankte die Persönlichkeit des Geistes annimmt und sein ganzes Verhalten ändert (Sündermann, 2006). So berichten einige Heiler, dass Besessene nicht mehr auf ihren Namen hören,

stattdessen ihre Umwelt beschimpfen und versuchen, sich gegen die Heiler zu wehren, sodass einige von ihnen jahrelang ziellos umherirren (Sündermann, 2006)..

Um die Bedeutung des Geisterglaubens für die Kultur im Ganzen zu verstehen, ist es hilfreich, zu betrachten, unter welchen Umständen die *Djinnen* auftreten. Fartacek (2010) zeigt auf, dass die Geister besonders dann in das Leben der Menschen eingreifen, wenn lokal-kulturelle Tabus verletzt werden. Ein Tabubruch könne es beispielsweise sein, als Muslim Alkohol zu trinken oder eine verbotene Liebesbeziehung einzugehen (Fartacek, 2010).

Neben ihrer angsteinflößenden Wirkung bieten die *Djinnen* auch einen entschuldigenden Aspekt für das Individuum. So kann beispielsweise für eine unfruchtbare Frau die Diagnose der Besessenheit rechtfertigend wirken, da sie so ihre Rolle in der Gesellschaft behaupten kann, die von ihr maßgeblich die Geburt und Erziehung von Kindern fordert (Wieland, 1994). Auch Männer können sich im Fall von Zeugungsunfähigkeit in diese Art der Volkserkrankung flüchten. Morsy (1978) fand in seinen Untersuchungen an einem ägyptischen Dorf, dass sowohl Männer als auch Frauen die Besessenheit von *Djinnen* in schwierigen Lebenssituationen benutzen, wenn sie die von der Gesellschaft vorgesehenen Geschlechterrollen nicht erfüllen können. Neben den *Djinnen* existiert im Volksglauben der arabischen Länder noch ein weiteres Phänomen, das das Bild von psychischen Krankheiten maßgeblich prägt, der sogenannte *Böse Blick*.

4.2.2 Der schädliche Einfluss des *Bösen Blickes*

Der Glaube an die krankmachende Wirkung des *Bösen Blickes* existiert bereits seit Jahrtausenden und ist nicht allein auf den muslimischen Kulturkreis begrenzt, da auch vorchristliche Quellen schon von diesem sprechen (Assion, 2013). Archäologische Funde in Kleinasien deuten darauf hin, dass dieser Glaube schon vor 6000 Jahren bestanden hat (Elworthy, 1985). Dieses Phänomen hat insofern eine Ausnahmeposition inne, da es weder auf die geographische Region der arabischen Länder noch auf die muslimische Religionszugehörigkeit beschränkt ist. Gemäß einer weit verbreiteten Vorstellung wird der *Böse Blick* immer dann ausgelöst, wenn eine Person Bewunderung ausdrückt, davor allerdings versäumt hat, eine ritualisierte Redewendung zu sprechen (Fartacek, 2010). Ein Beispiel für einen dieser schützenden Aussprüche ist *Mash-all-ah*, was übersetzt „in Gottes Namen“ heißt (Assion, 2004). Oftmals wird auch der weniger positiv besetzte Neid als Auslöser des *Bösen Blickes* gesehen, auch wenn es nicht unbedingt in der Absicht des Neiders gelegen haben muss, der Person zu schaden (Fartacek, 2002). Gemäß einem befragten spirituellen Heiler löst der Neid in der Seele

eines Menschen eine böse psychische Kraft aus, welche durch ihren Blick in die Welt getragen wird (Sündermann, 2006).

Obwohl man immer Opfer eines neidvollen Blickes werden kann, existieren eine Reihe von Situationen, in welchen schädigende Blicke besonders häufig auftreten. So geht von großgesellschaftlichen Ereignissen wie einer Hochzeit oder Geburt, aber auch vom Überschreiten einer Türschwelle sowie der Begrüßung oder Verabschiedung eines Gastes ein hohes Risiko aus, wenn bestimmte Tabus und Rituale nicht beachtet werden (Fartacek, 2010). Generell ist alles potentiell dem *Bösen Blick* ausgesetzt, das mit Schönheit, Reichtum und gutem Gedeihen verknüpft ist (Sündermann, 2006). Träger des *Bösen Blickes* kann prinzipiell jeder werden, obgleich von Frauen, die wie Männer behaart sind und Männer, deren Behaarung weiblich anmutet, sowie Frauen mit einer Lücke zwischen den Schneidezähnen und schielenden wie blinden Menschen eine besondere Gefahr ausgeht (Fartacek, 2010). Liegt eine gezielte Schädigung durch Blicke vor, wird diese der schwarzen Magie und ihrem Schadenszauber zugerechnet (Fartacek, 2010). Die Wirkung des *Bösen Blickes* kann sich dabei z. B. auf Gegenstände beziehen, die durch ihn beschädigt werden. Häufig sind in der Literatur Geschichten davon zu lesen, wie nur weitläufig Bekannte bei einem Hausbesuch eine massive Schädigung der Einrichtung verursacht haben. Schädigt der *Böse Blick* einen Menschen, kann er bei diesem entweder zahlreiche Symptome ohne eine spezifische Krankheit wie Kopfschmerzen oder Übelkeit auslösen oder soziale Beziehungen stören, indem er beispielsweise Liebespaare dazu bringt, sich zu trennen (Assion, 2004). Auch als Ursache von Schizophrenien, Halluzinationen und Manien kommt der schädliche Einfluss des *Bösen Blickes* für Muslime in Frage (Laabdallaoui & Rüschoff, 2005).

Um sich vor dem Einfluss des *Bösen Blickes* zu schützen, ist neben dem Sprechen ritualisierter Redewendungen das Tragen von Amuletten sowie das dreimalige Klopfen auf Holz verbreitet (Fartacek, 2002). Solche Amulette sind mit wirkmächtigen Koransuren beschrieben, wobei sich die eigentliche Schutzkraft des Gegenstands aus dem Schutz-*Djinn* ergibt, der den Träger des Amuletts ständig begleitet (Hentschel, 1997). Als weitere Präventivmaßnahmen werden Babys oder Kleinkinder von fremden Personen ferngehalten und Gegenstände des Hauses mit blauer Farbe bemalt, weil man sich von dieser eine beschützende Wirkung erhofft (Assion, 2004).

4.3 Konsequenzen für den Umgang mit Krankheit

Wie die genannten Präventivmaßnahmen gegen den *Bösen Blick* oder auch gegen die *Djinnen* verdeutlichen, hängt der Umgang mit einer Erkrankung und die Konsequenzen, die Betroffene für sich und andere aus dieser ziehen, maßgeblich von dem Verständnis der Krankheitsentstehung ab. Obgleich die westliche und die arabische Kultur ihre Erklärungsmodelle mit unterschiedlichen Inhalten speisen, besteht in beiden Fällen der Zusammenhang zwischen Ätiologie und Behandlung, sodass eine Krankheit stets gemäß der wahrgenommenen Krankheitsursachen kuriert wird (Tuschinsky, 2002). Wie in den vorangegangenen Punkten ausgeführt, nehmen der Glaube und religiöses Coping sowie volkstümliche Überzeugungssysteme dabei eine zentrale Rolle für gläubige Muslime ein (Kizilhan, 2015). Die aus der Religion gezogenen Konsequenzen für den Umgang mit Krankheit gelten nicht nur für Muslime der arabischen Länder

4.3.1 Religiöse Krankheitsbewältigung

Für eine/n gläubige/n Muslim/a ist der Islam ein wesentlicher Bestandteil ihrer/ seiner Identität und damit im Alltag omnipräsent (Erim, 2009a). Daraus ergibt sich, dass auch Krankheitserfahrung und ärztliche sowie psychotherapeutische Behandlung stets im Kontext der Religion stehen (Laabdallaoui & Rüschoff, 2005). Als tägliche Pflichten schreibt der Islam u. a. die rituelle Waschung und das fünfmalige Beten pro Tag vor (Masri & Walter, 2013). Für Erkrankte besteht allerdings eine Erleichterung religiöser Pflichten. In Sure 24, Vers 6 steht: „Kein Vorwurf trifft den Blinden, noch kein Vorwurf den Gehbehinderten, kein Vorwurf trifft den Kranken“ (zitiert nach Masri und Walter, 2013, S. 166). Dennoch wird von vielen muslimischen Betroffenen, auch wenn sie sich ansonsten nicht als besonders religiös bezeichnen würden, im Falle einer ernsten Erkrankung verstärkt der Wunsch nach Möglichkeit zum Gebet geäußert (Wunn, 2006). Insofern kann die Verwurzelung im Glauben auch eine wertvolle Ressource für das Coping der erkrankten Person darstellen. Für den christlichen Kulturkreis ist die protektive Wirkung des Glaubens inzwischen empirisch gut untermauert, für den muslimischen Kulturkreis existieren allerdings erst wenige Untersuchungen, die sich mit dieser Fragestellung auseinandersetzen haben (Kizilhan, 2015). Subjektiv konnte eine erleichternde Wirkung der Religion durch Interviews bestätigt werden. Muslimische Betroffene gaben an, dass ihr Glaube ihnen in schwierigen Situationen Sicherheit und Geborgenheit vermittelt, ihnen Trost zuspricht und dabei hilft, durch Krankheit entstehende Isolation zu durchbrechen (Wunn, 2006). Da Betroffene zudem überzeugt sind, dass das Gebet ihnen hilft, ihr Leid kurzfristig zu vergessen, sollte, insofern es der körperliche und psychische Zustand der/ des Betroffenen zulässt, die Möglichkeit zur Ausführung der Pflichtgebete

z. B. in einem Raum mit Teppichboden gegeben sein (Masri & Walter, 2013). Eine psychische Erkrankung, durch welche es Muslime häufig aus eigener Kraft nicht mehr schaffen, ihren religiösen Pflichten in ausreichendem Maße nachzugehen, ist eine schwere Depression (Rüschhoff & Laabdallaoui, 2009). Rüschhoff and Laabdallaoui (2009) stellen sich daraus möglicherweise entwickelnden Probleme und Ansatzmöglichkeiten dar:

So kann die erlebte Unfähigkeit, regelmäßig zu beten, bei den Betroffenen schwere Schuldgefühle auslösen und zur Ansicht führen, von Gott verlassen worden zu sein. Deshalb ist es für diese Menschen von großer Bedeutung, auch diesen Teil ihres Leidens gegenüber professionellen Helfern kommunizieren zu können. Die vorübergehende Unfähigkeit, den religiösen Pflichten nachzukommen, ist für die Betroffenen leichter zu ertragen, wenn auch dieses Problem als Bestandteil ihrer Erkrankung vermittelt wird. Um Hoffnung zu spenden, sollte betont werden, dass die Symptome auch wieder nachlassen können wodurch auch ein religiöses Leben wieder leichter möglich wird. Sollte dies von der Person gewünscht sein, kann die aktive Unterstützung z. B. beim Aufstehen für das Gebet den Leidensdruck der Erkrankten reduzieren, da man ihnen hilft, ihre Religion im Rahmen ihrer individuellen Belastbarkeitsgrenzen zu praktizieren (vgl. Rüschhoff & Laabdallaoui, 2009, S. 57).

Stellt die Religion bei einigen psychischen Erkrankungen also eine wichtige Ressource dar, deren Unterstützung sinnvoll sein kann, wäre genau das bei anderen Erkrankungen kontraindiziert und würde der/ dem Betroffenen. sogar schaden. Kizilhan, Haag, und Bengel (2011) konnten in ihrer Untersuchung zur psychosomatischen Rehabilitation türkischstämmiger Klientinnen zeigen, dass gläubige Muslima nach einer sexuellen Traumatisierung häufiger Wasch- und Reinigungszwänge entwickelten als eine deutsche Vergleichsgruppe. Dabei konnte dargestellt werden, dass weniger die religiöse Erziehung der Betroffenen als die tägliche Ausübung ihres Glaubens mit den Zwangserkrankungen assoziiert war, da gerade zur Körperreinigung im Islam genaue Vorschriften bestehen (Kizilhan et al., 2011). In einem solchen Fall wäre es natürlich nicht günstig, die KlientInnen in ihrer maladaptiven und rigiden Ausübung vermeintlich religiöser Pflichten zu unterstützen. Sollte also das aktive Leben des Glaubens aufgrund des Krankheitsbildes keine Linderung des Leidens für die/ den Betroffenen versprechen, kann die Religion dennoch in einer passiveren Form Trost spenden. Wie bereits dargestellt vertrauen Muslime darauf, dass ihrer Seele von Gott nicht mehr zugemutet werde, als sie ertragen kann (Masri & Walter, 2013). Sehen sich Menschen dennoch mit einer Krankheit konfrontiert, bei welcher sie das Gottvertrauen nicht für ausreichend halten und magische Ursachen für ihre Erkrankung verantwortlich machen, werden häufig traditionelle Heiler ausgesucht.

4.3.2 Aufsuchen traditioneller oder religiöser Heiler

Da der volkstümliche Glaube an *Djinnen* und den *Bösen Blick* auch in der heutigen Zeit in arabischen Ländern weit verbreitet ist, gibt es besonders in ländlichen Gegenden des Nahen und Mittleren Ostens viele traditionelle und religiöse Heiler (Kizilhan, 2015). Diese praktizieren allerdings nicht nur in weit entfernten Ländern, sodass sich auch in Deutschland einige dieser Heiler angesiedelt haben. Schätzungen zufolge haben 95% der Betroffenen, die magische Krankheitsursachen annehmen, bereits einen Alternativheiler hinzugezogen, bevor sie sich in deutsche Psychiatrien begeben (Eminli, 2009). Viele von ihnen haben bereits mehrere erfolglose Austreibungsversuche hinter sich (Rüschhoff, 2013). Sind magische Krankheitsvorstellungen tief in einer Familie verwurzelt, bevorzugen die Betroffenen traditionelle Heiler oftmals gegenüber westlichen PsychotherapeutInnen (Rüschhoff, 2013). Weitere Gründe, warum traditionelle Heiler aufgesucht werden, sind, dass sie meist in der Bevölkerung bekannt sind, den Erkrankten und ihren Familien nachvollziehbare Erklärungsmodelle anbieten können und manchmal in ländlichen Gebieten auch die einzige räumlich und finanziell erreichbare Heilinstanz überhaupt darstellen (Assion, 2004). Sogar Menschen, die traditionellen Heilverfahren eigentlich skeptisch gegenüber stehen, begeben sich in eine solche Behandlung, wenn alle vorangegangenen medizinischen Bemühungen keine Erfolge herbeigeführt haben (Sündermann, 2006). Krankheiten, bei denen sich auch trotz medizinischer Bemühungen keine Besserung einstellt, werden in vielen arabischen Gesellschaften besonders häufig durch magische Ursachen ausgelöst angenommen (Karabila, 1995). Die Heiler selbst sind der Meinung, dass bei psychischen oder neurologischen Krankheiten sowie bei chronischen Verläufen stets auch berücksichtigt werden sollte, dass die *Djinnen* oder der *Böse Blick* für das Leiden verantwortlich sein könnte (Sündermann, 2006).

Die traditionellen Heiler teilen sich in verschiedene Gruppen, die *Hocas*, die Derwische, arabische Ärzte oder Knochenheiler auf. Alle im Detail darzustellen, wäre dem Rahmen dieser Arbeit nicht angemessen, weshalb die Mittel und Methoden volkstümlicher Behandlung nur am Beispiel des häufig beschriebenen *Hoca* veranschaulicht werden.

Der Begriff *Hoca* bedeutet wörtlich übersetzt Korankundiger im engeren Sinne, aber auch nichtärztlicher Heilkundiger oder Magier (Assion, 2004). *Hocas* sind gemäß der populären Meinung dazu in der Lage, magische Einflüsse als Ursache einer Krankheit erkennen zu können (Kizilhan, 2015). Da es eine wichtige Voraussetzung ist, mit dem Koran vertraut zu sein, nehmen häufig Imame einer Moschee diese Funktion ein, wobei sich diese *Hocas* von den primär magisch orientierten Vertretern abgrenzen (Assion, 2004). Wird der traditionelle Heiler aufgrund von Problemen mit den *Djinnen* aufgesucht, ist es zudem erforderlich, dass die

Hocas sich bereits intensiv mit der Welt der Geister auseinander gesetzt haben, indem sie beispielsweise einen besessenen Menschen geheilt oder selbst in direktem Kontakt mit den *Djinnen* gestanden haben (Hentschel, 1997). Vor der Behandlung der Erkrankten erfolgt bei den *Hocas* die Diagnostik. Diese besteht meistens aus einem Orakel-Ritual, bei welchem der Heiler die Ursache der Erkrankung durch einen Blick in den Koran oder durch verwendete Techniken wie das Bleigießen erkennen kann (Assion, 2004). Um feststellen zu können, ob sich ein *Djinn* in einer Person befindet, verwenden die traditionellen Heiler häufig auch Koranrezitationen, da die Geister sehr empfindlich reagieren, sodass die besessene Person entweder zu toben beginnt oder in Trance verfällt (Sündermann, 2006). Soll hingegen untersucht werden, ob der *Böse Blick* für eine Krankheit verantwortlich ist, kommen Fünfdochtkerzen zum Einsatz, die über dem Kopf der/ des Betroffenen entzündet werden und deren herabrinnesndes Wachs Auskunft über die Existenz und die Stärke des *Bösen Blickes* geben soll (Fartacek, 2010). Auch im Zuge der Behandlung spielen Koranverse eine wichtige Rolle, die der *Hoca* immer wieder in ritueller Weise vorträgt (Assion, 2004). Um eine solchen Behandlung besser verständlich zu machen, wird kurz der Ablauf einer Austreibung beschreiben, die Hentschel (1997) bei dem als *Hoca* tätigen Scheich ‘Abdalhäiq beobachtete:

Der Scheich vollzieht seine öffentlichen Austreibungssitzungen stets in engen Räumen der Moschee, in der er arbeitet, wobei die räumliche Beklemmung der Intensität der Behandlung zuträglich sein soll. Seine Hauptbehandlungsmethode besteht in dem möglichst lauten Rezitieren bestimmter Koransuren in das linke Ohr der/ des Betroffenen, welche auch gegen dessen Widerstand fortgeführt wird. Beginnen die Erkrankten zu weinen und zu krampfen, verstärkt der Scheich die Rezitationen, sodass seine KlientInnen schließlich entweder in apathisches Schweigen verfallen oder beginnen, mit einer verzerrten Stimme zu sprechen. Diese Stimme ordnet der Scheich dann dem *Djinn* im Körper des Menschen zu. Zeigt sich also der Geist, kann der *Hoca* in ein Zwiegespräch mit diesem treten. Er versucht den *Djinn* dazu zu bewegen oder wenn nötig zu zwingen, den Körper des Besessenen zu verlassen. Im idealen Fall bewirken bereits die Koran Suren, dass sich der Geist in seine Atome auflöst (vgl. Hentschel, 1997, S. 97 f.).

Des Weiteren besteht eine Technik darin, der/ dem Erkrankten etwas zu essen zu geben, worauf Koranverse geschrieben sind, die – wenn sie in ihren/ seinen Körper gelangen – den *Djinn* vertreiben (Karabila, 1995). Sind die *Djinnen* durch diese Methoden nicht zu bezwingen, verwenden die exorzistisch tätigen *Hocas* auch Schlagstöcke, mit denen sie bezwecken, den *Djinnen* im Körper der Menschen Schmerzen zuzufügen, sodass sie aus diesem fahren (Hentschel, 1997). Kämpft der Heiler mit einem vermeintlich starken Geist, kann es zu Ge-

waltanwendung in erheblichem Maße kommen, deren Implikationen unter 7.1.3 genauer ausführen werden.

Die Heiler verwenden verschiedene Indikatoren dafür, dass ihre Behandlung erfolgreich war. So hielten einige ihre Austreibung für vollendet, wenn die/ der Betroffene währenddessen auf den Boden fiel oder sich nach der Behandlung Orientierungslosigkeit einstellte (Karabila, 1995). Weitere Kennzeichen für den Austritt des *Djinn* sind das Spüren der Schläge des *Hocas* und das Wiedererkennen von Angehörigen, die der/ dem Betroffenen davor fremd erschienen (Karabila, 1995). Wird eine Behandlung nach diesen Kriterien als beendet bezeichnet, verordnet der Heiler der/ dem Betroffenen häufig mit bestimmten Koranstellen beschriebene Amulette, die als Prophylaxe gegen einen erneuten Angriff durch die *Djinnen* oder den *Bösen Blick* wirken sollen. Wie am Beispiel der traditionellen Heilmethoden veranschaulicht, gehen Menschen aus dem arabisch-muslimischen Kulturkreis mit psychischen Erkrankungen unter Umständen sehr anders um, als das in der westlichen Welt üblich ist.

5. Krankheitskonzepte im Konflikt

Ogleich einige dieser Verhaltensweisen für westliche Gesellschaften bizarr anmuten können, sehen sich Menschen aus arabischen Ländern auch im westlichen Verständnis von Diagnostik und Behandlung einiger Annahmen ausgesetzt, die für sie unverständlich sind. Können die Unklarheiten und Differenzen nicht aufgedeckt und sich gegenseitig erklärt werden, kann es zu Missverständnissen und Problemen kommen wird (Ollech, 2002).

5.1 Vorbehalte und Befürchtungen gegenüber westlichen (Hilfs-)angeboten

Ein Beispiel für ungenügendes gegenseitiges Verständnis ist das körperpsychotherapeutische Programm „Bewegt ankommen“ aus Bamberg. Wichtig, um Resignation und Frustration sowohl auf Seiten der HelferInnen als auch der Geflohenen zu vermeiden, ist es, diese noch ungenügende Passung zwischen Angebot und Nachfrage nicht einfach hinzunehmen, sondern gezielt nach deren Ursachen zu fragen. Ein erster Grund dafür könnte sein, dass in einigen Kulturen, u. a. dem Mittleren Osten, die Annahme verbreitet ist, nur wirklich „verrückte“ Menschen würden sich professionelle Hilfe suchen, zumal es in diesen Ländern unüblich ist, mit Fremden über Gefühle, Enttäuschungen oder gar sexuelle Probleme zu sprechen (van der Veer, 1995). Van der Veer (1998) argumentiert zudem, dass es insbesondere für Geflohene schwer sein kann, sich auf eine therapeutische Beziehung einzulassen: Sie fürchten, von der/dem TherapeutIn abhängig zu werden, da viele während der Flucht negative Erfahrungen mit der Abhängigkeit von anderen Personen gemacht haben. Zudem bestehen weitere mögli-

che Gründe, warum gegenüber psychotherapeutischen Angeboten in den aufnehmenden Ländern manchmal große Befürchtungen vorherrschen, die sich aus den unterschiedlichen Konzepten von Gesundheit und Krankheit ableiten. Diese sind sowohl für den Gruppenkontext wie bei „Bewegt ankommen“ als auch für die Einzeltherapie relevant.

Mögliche Konflikte zwischen den Kulturen entstehen dabei auf verschiedenen Ebenen. So gibt es jeweils ein Spannungsfeld, das stärker in einem der beiden Kulturkreise verortet ist und ein weiteres, das primär beide Konzeptionen involviert. Die als erstes vorgestellten Missverständnisse aufgrund der Körper-Seele Trennung können dabei als eindeutigste Schnittstelle und Interaktion der Kulturen angesehen werden, sodass die Problemstellung und – aufarbeitung gleichermaßen in beiden Kulturkreisen angesiedelt ist. Die Frage, ob es bei muslimischen Betroffenen verstärkte Somatisierungstendenzen gibt, wird – obwohl natürlich auch hier ein gewisses Zusammenspiel der Kulturen wesentlich ist – hauptsächlich innerhalb des westlichen Kontextes gestellt. Somit ist dieser Konflikt stärker in der westlichen Welt lokalisiert, der oftmals keine passende Diagnostik oder Behandlungsmethoden für die Schilderungen muslimischer Betroffenen zur Verfügung stehen. Gleichermäßen existiert auch ein Konflikt, der primär im des arabisch-muslimischen Kulturkreises zu verorten ist. Inhalt dieser Problemstellung sind religiöse Befürchtungen hinsichtlich westlicher Psychotherapie.

5.1.1 Missverständnisse aufgrund der Körper-Seele Trennung der westlichen Medizin

Im 17. Jahrhundert brachte Descartes als erster die Vorstellung von einer Trennung zwischen Körper und Geist in die Philosophie ein, was einen Jahrhunderte langen Diskurs nach sich zog. Die Vorstellung, dass sich psychisches und körperliches Erleben strikt voneinander trennen lassen, trifft dabei auf immer mehr Probleme z. B. im Rahmen moderner Hirnforschung (Uslar, 2012). Auch anhand der moderneren Gesundheits- und Krankheitskonzepte wird ersichtlich, dass die absolute Körper-Seele Trennung eigentlich auch in der westlichen Welt aufgegeben wurde. Der WHO-Begriff macht mit seinem biopsychosozialen Verständnis deutlich, dass die körperliche und die psychische Dimension weltweit nicht mehr als völlig trennbar angesehen werden. Dennoch herrscht auch heute noch in der westlichen Welt zum Teil dieses überholte Verständnis vor. Auch in der heutigen Schulmedizin findet sich noch häufig das Bestreben, Symptome bestimmten Ursachen zuzuschreiben, sodass die Organe einzeln als unabhängiger Faktor von der individuellen Lebensführung betrachtet werden (Rezapour & Zapp, 2011). In den arabischen Ländern hingegen wird im Sinne des ganzheitlichen Verständnisses keine Trennung zwischen Körper und Seele vorgenommen (Rezapour & Zapp, 2011). Vielmehr sind sie von der Annahme geprägt, dass der ganze Mensch krank ist und nicht nur ein Teil von ihm (Wunn, 2006). So wird Krankheit als eigenständige Seinsform

verstanden, die den Menschen von außen durchdringen kann, wobei die/der Betroffene auch im Falle einer lokalen Ursache immer ganzheitlich, körperlich und seelisch eingeschränkt ist (Ete, 2002). Daher erscheint vielen Menschen aus diesem Kulturkreis die strikte Unterteilung verschiedener Fachdisziplinen in der Behandlung wie in somatische Medizin und Psychotherapie unverständlich (Eminli, 2009). Aussagen der Betroffenen, die das ganzheitliche Verständnis widerspiegeln, treffen hingegen auf Unverständnis bei westlichen ÄrztInnen. Nach Schilderungen, die die Allumfassendheit der Erkrankung betonen wie: „Ich bin ganz krank“, werden bei Betroffenen aus einem muslimischen Kontext häufig unspezifische psychosomatische Störungen diagnostiziert (Wurzbacher, 2003). Dies resultiert zum Teil auch daraus, dass einige Betroffene unfähig sind, Krankheitssymptome genau zu beschreiben und kausale Schlüsse mit ihrer Lebensführung zu erkennen (Rezapour & Zapp, 2011).

5.1.2 Somatisierungstendenzen bei muslimischen Betroffenen

Das Fehlen einer differenzierten Symptombeschreibung kann insbesondere die adäquate Diagnostik psychischer Krankheiten erschweren. Beispielsweise werden bei einer Depression keine affektiven, sondern primär somatische Probleme berichtet, was eine Fehldiagnose der Somatisierungsstörung begünstigen kann (Haasen & Yagdiran, 2002). Dies bestätigen Studien, die zur Prävalenz somatoformer Störungen unter Migranten durchgeführt wurden. Exemplarisch werden einige neuere Untersuchungen aus dem zumeist deutschsprachigen Raum dargestellt. So verzeichnete eine Schweizer Studie im Kanton Zürich mit einer großen Stichprobe von 23 377 Betroffenen ein signifikant erhöhtes Auftreten von somatoformen Störungen in der Gruppe der türkischen Migranten im Vergleich zu der einheimischen Vergleichsstichprobe (Lay, Lauber, & Rössler, 2005). Spjiker, van der Wurff, Poort, Smits C.H.M., and Veroeff, A.P.: Beekam, A.T.F. (2004) untersuchten anhand einer groß angelegten holländischen Studie den Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und Somatisierungssymptomen an 304 holländischen, 330 türkischen und 299 marokkanischen Betroffenen von Depressionen. Es zeigte sich eine stärker ausgeprägte Tendenz für die türkischen und marokkanischen Migranten, ihre depressiven Symptome als körperliche Beschwerden oder Somatisierung zu präsentieren (Spjiker et al., 2004). Auch in Deutschland konnte bei türkischen betroffenen Frauen eine bedeutsame Assoziation von Depression und Somatisierung gefunden werden (Üresin, 2008).

Zentraler Bestandteil der Schilderungen ist häufig ein Ganzkörperschmerz, deren Ursache schwer zu erklären ist (Kizilhan & Haag, 2011). Eine Grund dafür könnte sein, dass Schmerz häufig als primär emotionales und nicht als diskriminativ-lokalisierbares Phänomen angesehen wird (Venkat & Söllner, 2014). Der Schmerzausdruck einiger muslimischer Menschen

zeigt sich metaphorisch und umfassend dramatisch verbalisiert, um die Intensität ihres Leidens auszudrücken, sich Erleichterung zu verschaffen und gleichzeitig einen Unterstützungsappell an ihr Umfeld auszusenden (Wurzbacher, 2003). Die metaphorische Schilderung der Schmerzen spiegelt dabei zum einen das traditionelle Krankheitsverständnis und zum anderen die Erwartungen an die/den BehandlerIn in der Interaktion mit der erkrankten Person wider (Machleidt, 2002). Das subjektive Leiden der erkrankten Person wird oftmals durch Müdigkeit, Weinen und Laufen mit Gehhilfen dargestellt (Kizilhan & Haag, 2011). Viele Betroffene verfügen zudem über kein gutes Wissen über psychische oder psychosomatische Krankheiten, was einen Teufelskreis von Angst und Verunsicherung, vermehrter muskulärer und psychischer Anspannung und wiederum erhöhten Schmerzen auslösen kann (Ete, 2002). Anstatt dessen prägen einfache biomedizinische und magische Annahmen häufig die Kausal- und Kontrollattributionen der Betroffenen, sodass es nötig ist, mit ihnen ein annehmbares Krankheitskonzept vor dem Hintergrund ihrer Kultur und ihres Bildungsniveaus zu erarbeiten (Kizilhan & Haag, 2011).

Da die umfassende Bedeutung somatoformer Schmerzen bei muslimischen KlientInnen nur von interkulturell kompetenten BehandlerInnen erkannt werden kann, ist sowohl die somatische als auch die psychische Rehabilitation bei türkischstämmigen Betroffenen in Deutschland oftmals weniger erfolgreich als bei der einheimischen Vergleichsgruppe (Erim, 2009d).

Obgleich durch diese exemplarisch angeführten Befunde eine generell erhöhte Somatisierungstendenz bei muslimischen Migranten angenommen werden kann, mahnen Haasen and Yagdiran (2002) an, dass für die Beurteilung einer erkrankten Person weniger stereotype Vorstellungen, als die Betrachtung der individuellen Umstände im Vordergrund stehen sollten. Dies ist insbesondere relevant, da die Wissenschaft bisher keine Kausalzusammenhänge oder möglicherweise moderierende Drittvariablen wie beispielsweise die Sprachkompetenz der Betroffenen identifiziert hat. Eine mögliche Erklärung dafür, dass Betroffene mit vermuteter psychischer Erkrankung zunächst körperliche Symptome schildern, könnte darin liegen, dass körperliche Beschwerden für Mitglieder muslimischer Länder weniger schambesetzt sind und deshalb Fremden anvertraut werden können als psychische Beeinträchtigungen (Kizilhan und Haag, 2011). Migranten erleben häufig, dass ihre Probleme vorschnell als psychosomatisch etikettiert werden und fühlen sich in einem solchen Fall von ihrer/m westlichen/m ÄrztIn nicht ernst genommen und richtig verstanden (Flubacher, 2004).

Auch der Schluss, dass eine Somatisierungsneigung insbesondere bei muslimischen Betroffenen bestünde, wäre nicht korrekt. Somatisierung bei Konflikten ist ein weltweit empi-

risch bestätigtes Phänomen, wobei Europäer und Nordamerikaner in Abgrenzung zu der Mehrheit an Kulturen und Ländern zu einem Psychologisieren neigen, anstatt die körpersprachliche Ausdrucksform der psychosozialen Beeinträchtigung zu gebrauchen (Machleidt, 2002). Daher sprechen einige Autoren von der Psychologisierung als kulturgebundenem Syndrom der westlichen Welt (Erim, 2009d). Zusätzlich sollte berücksichtigt werden, dass psychische Krankheiten in vielen Kulturen keinen vergleichbaren Bekanntheitsgrad und damit Akzeptanz wie in der westlichen Welt haben (Eminli, 2009). Deshalb können körperliche Beschwerden zu einem Vehikel für den Ausdruck persönlicher Probleme werden (Rezapour & Zapp, 2011). Diese somatischen Erscheinungsformen gehen mit geringerer Ablehnung und Isolation als psychische Auffälligkeiten einher. Große Vorbehalte gegenüber psychischen Krankheiten gibt es insbesondere in Krisengebieten auch deshalb, weil die Psychiatisierung häufig politischen Zwecken dient und als Teil des repressiven Systems erlebt wird (Brick & Weber, 2004). Daher sollte bei muslimischen Betroffenen mit arabischem Hintergrund wie auch bei allen anderen eine Somatisierungsstörung prinzipiell in Betracht gezogen werden, wenn eine ausreichend körperliche Diagnostik keine Ursache für das Leiden der Person benennen kann. Wird danach eine Somatisierung angenommen, sollten sich westliche BehandlerInnen darum bemühen, die Bedeutung der körperlichen Schmerzen für das Leben der Betroffenen zu verstehen.

5.1.3 Religiöse Befürchtungen im Hinblick auf Psychotherapie

Ein arabisches Sprichwort lautet: „Vielleicht entzieht ein Wort eine Gnade und bringt einen Fluch, und vielleicht entzieht ein Wort einen Fluch und bringt eine Gnade“ (Masri & Walter, 2013, S. 164). Daraus wird ersichtlich, dass auch in diesem Kulturkreis das Wort als Heilmittel akzeptiert und verbreitet ist, obgleich es auch als Schadenszauber die Quelle von Leid sein kann. Die befürchteten Probleme mit Psychotherapie bestehen hauptsächlich darin, mit Fremden über persönliche Angelegenheiten zu sprechen und der möglicherweise auftauchende Widerspruch zu ihrem Glauben. Die Diskussion, ob es eine *islamische Psychotherapie* gibt, wird unter Muslimen sehr kontrovers diskutiert, wobei die Positionen von völliger Ablehnung bis zu unkritischer Übernahme reichen (Laabdallaoui & Rüschoff, 2005). Um diesen befürchteten Widerspruch zu ihrem Glauben zu minimieren, äußern Muslime - auch außerhalb der arabischen Länder - häufig das Bedürfnis, von einer/m muslimischen PsychotherapeutIn behandelt zu werden (Rüschoff & Laabdallaoui, 2009). Rüschoff and Laabdallaoui (2009) haben durch die Befragung psychisch erkrankter Muslime die am stärksten verbreiteten Vorbehalte zusammen gestellt:

Die BehandlerInnen kennen meine Religion nicht und werden mich nicht verstehen. Diese Sorge bezieht sich hauptsächlich darauf, dass die/der TherapeutIn die familiären Umstände der/des Betroffenen und die daraus resultierenden Normen nicht kennt oder verstehen kann. Zudem sind subjektive Krankheitserklärungen wie die *Djinnen* häufig westlichen nicht-muslimischen TherapeutInnen unbekannt. Eine vermutete Gefahr besteht darin, dass magische Krankheitskonzepte als Wahnhalte aufgefasst werden könnten.

Die BehandlerInnen werden mir Ratschläge geben, denen ich als Muslim nicht folgen kann. Solche Ratschläge könnten sein, das Kopftuch abzusetzen, mit Freunden Schwimmen oder Tanzen zu gehen. Problematisch werden diese Impulse seitens der/s BehandlerIns für die/den Betroffenen besonders dann, wenn die/der TherapeutIn aufgrund der bereits fortgeschrittenen gemeinsamen Arbeit mehr über die Lebenswelt ihrer/s oder seiner/s muslimische KlientIn wissen sollte.

Die Therapie wird mich von meiner Religion entfernen. Diese Befürchtung trifft nicht speziell für den Islam, sondern für viele Religionen weltweit zu. Hintergrund dessen ist die Vorstellung, dass Religion als Aberglaube angesehen wird, der die Betroffenen lediglich in ihrer Persönlichkeitsentwicklung behindert.

Ich habe Angst, dass die BehandlerIn meine Religion nicht respektiert. Diese Angst speist sich aus dem negativen Bild, das in der Gesellschaft insbesondere von der islamischen Religion als Folge islamistisch motivierter Terroranschläge gezeichnet wird. Betroffene fürchten, dass auch ihre ÄrztInnen und TherapeutInnen diese eindimensionale Vorstellung über ihre Religion teilen könnten (vgl. Rüschoff & Laabdallaoui, 2009, S. 30 f.).

Hinsichtlich der verschiedenen Therapieschulen herrschen große Differenzen in der Annahme, inwieweit ihre Methoden mit islamischen Grundsätzen zu vereinen sind, da sie die Ängste muslimischer Betroffener in unterschiedlich großem Ausmaß bestätigen oder widerlegen. Eine Darstellung aller möglichen Therapieformen wäre zu umfangreich. Deshalb beschränken sich die Ausführungen auf die beiden am weitesten verbreiteten Therapieformen, Verhaltenstherapie und Psychoanalyse, sowie deren abgeleitete Verfahren.

Zentrale Eigenschaften und Techniken der (kognitiven) Verhaltenstherapie lassen eine fruchtbare Arbeit mit muslimischen KlientInnen zu, da die umweltorientierte Ableitung von Verhaltensempfehlungen mit der islamischen Ansicht in Einklang steht, dass Lebensereignisse unter dem Einwirken externer Kräfte entstehen (Rezapour, 2008). Auch die verhaltenstherapeutischen Methoden wie Entspannung, Desensibilisierung und Exposition stehen in keinem grundlegenden Konflikt mit islamischen Annahmen (Rezapour, 2008). Somit scheint die

Anwendung von Verhaltenstherapie bei muslimischen Erkrankten möglich und erfolgsversprechend.

Anders verhält es sich mit der klassischen Psychoanalyse, die von einigen muslimischen Betroffenen als typischer Vertreter einer gottlosen Psychotherapie angesehen wird, da der Mensch – zumindest ist dies ein verbreitetes Bild - lediglich auf seine Triebe reduziert wird (Laabdallaoui & Rüschoff, 2005). Weitere Probleme stellt Rezapour (2008) dar:

Die therapeutischen Mittel der Psychoanalyse wie Übertragung und Gegenübertragung sowie freies Assoziieren werden von muslimischen KlientInnen stärker verstörend, denn als hilfreich beurteilt. Das freie Assoziieren stellt diese auch deshalb vor ungekannte Herausforderungen, da non-direktive, kreative Aufgaben in der islamischen Erziehung eine geringere Stellung als in der westlichen einnehmen. Grundlegende Annahmen der Psychoanalyse widersprechen darüber hinaus in doppeltem Sinne dem sozialen Gefüge in kollektivistischen Kulturen. So nimmt diese Therapieschule an, dass der Einfluss der Umwelt und insbesondere der Familie hauptsächlich in der frühen Kindheit prägend ist. Das vernachlässigt den dauerhaften wechselseitigen Einfluss, den Mitglieder kollektivistischer Kulturen aufeinander ausüben. Zudem stellt die Konzentration auf innerpsychische Vorgänge des Individuums und die daraus resultierende Vernachlässigung familiärer Grundbedingungen einen zu engen Bezugsrahmen für die adäquate Beurteilung von Verhalten dar (vgl. Rezapour, 2008, S. 73 f.)

Laabdallaoui and Rüschoff (2005) hingegen beziehen eine pragmatische Position hinsichtlich der Anwendbarkeit verschiedener Therapieschulen bei Muslimen:

Im Fall einer spezifischen Phobie wird von den meisten TherapeutInnen eine Verhaltenstherapie für die Behandlung nicht muslimischer sowie muslimischer Betroffener vorgeschlagen, da sie schnell eine Symptomreduktion herbeiführt. Gleichermäßen gestaltet sich die Wahl der Therapie bei beispielsweise Persönlichkeitsstörungen. Obwohl es u. U. große Vorbehalte gegen die Psychoanalyse gibt, arbeiten TherapeutInnen auch mit muslimischen Betroffenen bei solchen Erkrankungen erfolgreich unter Anwendung der Psychoanalyse oder eines ihrer abgeleiteten Verfahren (vgl. Laabdallaoui & Rüschoff, 2005, S. 32).

Insbesondere die Weiterentwicklungen der klassischen Psychoanalyse sind für die therapeutische Arbeit in einem kulturspezifischen Setting relevant, wofür maßgeblich Adler, Jung und Parin im Rahmen der Ethnopschoanalyse wesentliche Beiträge dazu leisteten (Rezapour, 2008).

Sollte trotz der Vorbehalte, die möglicherweise auch unter den Geflohenen verbreitet sind, der Entschluss zu einer Psychotherapie getroffen werden, sind für dessen Gelingen wei-

tere Faktoren neben den kulturell abweichenden Konzeptionen von psychischer Krankheit relevant. Eine der zentralen Voraussetzungen für eine gewinnbringende Zusammenarbeit ist zunächst die ausführliche Exploration und Benennung des zentralen Problems der/des Betroffenen. Daraufhin wird eine Diagnose vergeben. Um diese in zutreffender Weise stellen zu können, muss dessen Lebens- und Erfahrungswelt durch das zugrunde gelegte diagnostische Klassifikationssystem ausreichend abgedeckt werden.

5.2 Beschreibung des Unbeschreiblichen – Kritische Betrachtung des Konzepts der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) für die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Geflohenen

Um die Gültigkeit des Konzepts der Posttraumatischen Belastungsstörung für die psychotherapeutische Beurteilung traumatisierter Geflohener prüfen zu können, kann die Betrachtung der Entstehungsbedingungen dieser Krankheit aufschlussreich sein. Eine Zusammenfassung von Symptomen wie Intrusionen, soziale Entfremdung, Schlaf- und Konzentrationsstörungen entstand als Reaktion auf eine große Anzahl psychisch geschädigter Vietnam-Veteranen in den USA und ist seit 1980 im Diagnosemanual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (DSM) zu finden (Ollech, 2007). Allerdings beziehen sich sämtliche Traumadefinitionen auf die soziale Realität einer Gesellschaft und die kulturspezifisch geprägte psychische Struktur ihrer Mitglieder (Becker, 2014). Deshalb sollte auch hinsichtlich der Benennung von Störungen die gegenseitige Beeinflussung von Krankheit und Kultur berücksichtigt werden. In der wissenschaftlichen Diskussion der letzten drei Jahrzehnte vollzog sich ein Wandel dahingehend, dass individuell traumatische Lebenserfahrungen immer stärkere Bedeutung gegenüber Problemen der Akkulturation gewannen (Brody, 1994). Somit wurde die sozialwissenschaftliche und politische Perspektive auf Geflohene und ihre Probleme zunehmend aufgegeben und durch eine medizinische Herangehensweise ersetzt, die untrennbar mit der Einführung des Störungsbildes PTBS verbunden ist (van Dijk, 2001). Entgegen des Trends, die möglichen gesundheitlichen Einschränkungen von Geflohenen nur auf individuellem Niveau zu beschreiben und erklären zu wollen, zeigen einige Analysen aus transkulturellen Psychiatrien, dass die Verschiebung sozial erlittener Gewalterfahrungen in eine ausschließlich psychiatrische oder medizinische Klassifikation nur bedingt hilfreich ist (Collatz, 2002). Dieser Befund weist darauf hin, dass die Traumakonzeption der westlichen Welt für die Behandlung traumatisierter Menschen aus anderen Kulturkreisen unzureichend ist. Da aus der Anwendung des PTBS-Begriffs in der interkulturellen Psychotherapie potentiell Fehleinschätzungen resultieren, kann auch ein adäquates Traumaverständnis als Problemstellung zwischen den Kulturen verstanden werden.

5.2.1 PTBS als intraindividuelles Geschehen in der Auffassung westlicher Psychotherapie

Das Konstrukt der Posttraumatischen Belastungsstörung wird weltweit am öftesten zur Erfassung von Traumatisierungen verwendet (Becker, 2014). Im Rahmen dieser Definition werden Erfahrungen im Zusammenhang mit Gewalt und Bedrohung, die unvorhersehbar, unausweichlich und unkontrollierbar sind, als besonders risikoreich angesehen, Traumatisierungen auslösen zu können (Bettelheim, 1982). Zentrale Annahme des PTBS-Konstrukts ist die Vorstellung, dass Menschen auf extreme Situationen relativ uniform reagieren (Ollech, 2007). Hauptsymptome der PTBS gemäß dem Diagnosemanual der Weltgesundheitsorganisation ICD-10 sind mindestens einen Monat nach dem traumatischen Ereignis andauernde Intrusionen, Vermeidungsverhalten, emotionale Erstarrung sowie das beständige Fürchten von Gefahr (Weltgesundheitsorganisation, 2000). Dies sind lediglich die Leitsymptome, die von weiteren Symptomen begleitet werden, auf deren genaue Darstellung verzichtet wird. Eine bedeutende Leistung dieser Traumakonzeption liegt darin, den Betroffenen nicht selbst die Verantwortung für ihre Leiden geben zu wollen, indem man ihnen eine prämorbid Persönlichkeit bereits vor der Extremsituation unterstellt (Ollech, 2007). Auch die Konzeption der PTBS geht im Rahmen weltweite Gültigkeit beanspruchender westlicher Psychiatrie davon aus, dass psychische Erkrankungen ein individuelles Geschehen sind, für deren Auslösung bestimmte Risikofaktoren eine zentrale Rolle einnehmen (Hegemann, 2011). Somit sind auch Traumatisierungen auf das Individuum begrenzt, welches zumeist das einzige Untersuchungsobjekt westlicher Biomedizin und Psychiatrie darstellt (Summerfield, 1995). Die Überbetonung individueller Erfahrungen führt zu einer ungerechtfertigten Dekontextualisierung der Entstehung von Psychopathologien (Bracken & Thomas, 2001). Die globale Anwendbarkeit dieser Krankheitsdefinition kann dabei insbesondere für nicht-westliche Kulturen in Frage gestellt werden, da systematische Forschung zu Traumatisierungen und deren Therapie fast ausschließlich innerhalb des westlichen Kulturkreises stattfindet (Keane, Kaloupek, & Weathers, 1996).

5.2.2 Fehlende Berücksichtigung sozialer und politischer Faktoren bei Traumatisierungen

Obgleich die Einführung des PTBS-Konstrukts zweifellos zur sozialen Anerkennung der Erfahrungen von Geflohenen beigetragen hat, beinhaltet sie insbesondere bei der Anwendung auf diese Gruppe zahlreiche Probleme (van Dijk, 2001). Traumata gehen entgegen der westlichen Annahmen über das Individuum hinaus, da sie nur in einem weitaus größeren Kontext in sinnvoller Weise betrachtet werden können: Spezifische Eigenschaften der Umstände, unter welchen traumatische Erfahrungen gemacht werden, prägen den Schweregrad erlebter Hilflo-

sigkeit und das Ausmaß der Konsequenzen (Kleber, Figley, & Gersons, 1995). Psychisches Leid ist somit stets auch mit dem sozialen Kontext verbunden. Die Bedeutung des sozialen Umfelds kann nur durch eine ausführliche Reflektion zwischen individuellem Leid und extremen sozialpolitischen Vorgängen in restriktiven politischen Systemen ersichtlich werden (Becker, 2014). Der Zusammenhang von psychischen und sozialen Erlebnissen trägt in besonderem Maße in Konfliktregionen zur Erkrankung von Menschen bei, da mit zunehmender Zahl und Intensität der erlebten Traumata die Gefahr größer wird, eine Traumafolgestörung zu entwickeln (Erim, 2009b).

Im Zusammenhang sozialer Einflussgrößen sollte auch die Bedeutung kollektiver anstatt ausschließlich individueller Traumatisierung stärker betrachtet werden. Wird beispielsweise ein Dorf in einem Bürgerkrieg überfallen und verwüstet, kann dies von den Bewohnern als Zerstörung der gemeinsamen Identität aufgefasst werden (van Dijk, 2001). Traumatische Erfahrungen hinterlassen nicht nur in einem einzelnen Einwohner, sondern in der ganzen Dorfgemeinschaft Spuren und Narben, die das soziale Gefüge beeinflussen und verändern (van Dijk, 2001). Diese sekundären Wirkungen von Traumatisierungen können über die Summe von Einzeldiagnosen nicht erfasst werden, da sie sich erst im interpersonellen Raum entfalten. Nach traumatischen Erfahrungen zeigen sich oft Störungen des Sozialverhaltens, eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit und der Zusammenbruch familiärer Strukturen (Becker, 2014). Soziale Faktoren, die sich z. B. aus einer veränderten Beziehung zwischen Freunden und Familienmitgliedern nach kollektiven Traumata ergeben, können durch das PTBS-Konstrukt nur unzureichend erfasst werden. PTBS ist eine individuelle Diagnose, die die immense Wirkung des Traumas einer Person auf Familienmitglieder und nahe stehende Personen nicht abbilden kann (Becker, 2014).

Zusätzlich dazu, dass sich soziale Faktoren durch kollektive Traumata verändern können, wirken auch soziale Einflussgrößen auf mögliche Traumatisierungen zurück. So beschreibt eine von van Dijk (2001) befragte junge Frau, dass sie sich während ihrer gesamten Flucht trotz der zahlreichen Gefahren durch das gemeinsame Bestreben mit andern niemals einsam fühlte, sondern erst, als ihr der Therapeut in den Niederlanden nahelegen wollte, ihre aktuellen Probleme seien auf individuelle Faktoren zurück zu führen, die in ihrer Person zu finden sind. Dieser Fallbericht zeigt deutlich, dass das westliche Konzept individuell erlebter belastender Erfahrungen nicht auf die Lebenswelt der Geflohenen passt. Extremen Situationen waren sie meist in Gegenwart anderer Personen ausgesetzt, weshalb diese keine individuellen Erfahrungen für sie darstellen. Auch lassen die Schilderungen der jungen Frau erahnen, dass das Gefühl der sozialen Verbundenheit mit anderen einen wichtigen Schutzfaktor für den

Umgang mit möglicherweise traumatisierenden Situationen darstellen kann. Wird diese Verbundenheit durch westliche BehandlerInnen vermeintlich als falsch dargestellt, besteht die Gefahr, den Geflüchteten eine bedeutende Ressource zu entziehen.

Auch hinsichtlich der auslösenden Bedingungen einer Störung zeigt das PTBS-Konzept Unzulänglichkeiten für eine weltweite Anwendung. Voraussetzung für die Vergabe dieser Diagnose ist lediglich, dass das Trauma durch einen Stressor ausgelöst worden sein muss (Becker, 2014). Da es zwischen Kategorien extremer Situationen bedeutende qualitative und quantitative Unterschiede gibt, benennt Terr (1989) zwei verschiedene Typen an Traumatisierungen: Typ 1-Traumata beschreiben kurz andauernde Ereignisse wie Unfälle, Überfälle oder Naturkatastrophen, wohingegen Typ 2-Traumata sich auf länger andauernde und/ oder wiederholende Situationen wie Geiselhäft oder wiederholte Folterung beziehen. Der PTBS-Begriff differenziert allerdings nicht zwischen diesen beiden Typen (Ollech, 2007).

Dies weist auch auf eine weitere Beschränkung des PTBS-Konzepts hin, da es vornehmlich Typ-1 Traumatisierungen erfassen kann. Für viele Opfer von Typ-2 Traumatisierungen ist der Begriff „Posttrauma“, der ein zeitlich umgrenztes und einmaliges Ereignis in der Vergangenheit als Auslöser betrachtet, falsch, da beispielsweise politisch Verfolgte kumulative und kontinuierliche Traumatisierungen erleben (Becker, 1995). Auch auf der Flucht ist es leider sehr wahrscheinlich, dass Menschen nicht nur einer potentiell traumatisierenden Situation begegnen, auf welche eine spätere Symptomatik eindeutig zurückgeführt werden könnte. Alternative Konzeptionen wie das der sequentiellen Traumatisierung sprechen daher davon, dass die Symptomatik zu jedem Zeitpunkt eines länger andauernden traumatisierenden Prozesses auftreten kann (Becker, 1995). Zudem ist auch der zeitlich vorgeordnete Aspekt von PTBS bei der Anwendung auf Geflohene kritisch, da sich diese u. U. auch in der Gegenwart in den aufnehmenden Ländern in neu traumatisierenden oder Trauma aufrechterhaltenden Bedingungen wiederfinden. Auch unter vermeintlich sicheren äußeren Bedingungen können bei Geflohenen immer neue Traumata entstehen, wenn sie z. B. über das Internet oder Fernsehen Berichte von den desaströsen Zuständen in ihrer Heimat sehen oder von Freunden und Verwandten erfahren, wer ihrer Bekannten verschleppt oder ermordet wurde (van Dijk, 2001). Zudem wird der drohende Verlust ethnischer Identität, der von vielen Geflohenen als existenzielle Bedrohung aufgefasst wird und sekundäre Traumatisierungen auslösen kann, im PTBS-Konzept nicht berücksichtigt (Ünal, 2009).

5.2.3 Gefahr der Reduktion von Geflohenen mit traumatisierenden Erfahrungen als Opfer einer Krankheit

Neben den bereits genannten Aspekten sieht Becker (2014) das größte Problem des PTBS-Konstrukts darin, dass nicht nur wichtige sozialpolitische Faktoren bei der Entstehung von Traumatisierungen unberücksichtigt bleiben, sondern, dass diese Konzeption selbst aktiv dazu beitragen kann, ein politisches und soziales Problem in ein psychologisches umzuwandeln. Soziale und politische Faktoren in den Herkunftsländern werden insofern ausgeblendet, da ein durch Folter oder Verfolgung entstandenes Trauma durch die PTBS-Diagnose zur simplen Psychopathologie des Individuums reduziert wird (Ollech, 2007). Menschen, die systematischer politischer Unterdrückung, Krieg oder Verfolgung ausgesetzt waren, werden durch eine solche Diagnose stärker zu Opfern einer psychischen Krankheit als von menschengemachter Gewalt (Becker, 1995). Dabei liegt es auch an den Gutachtern, den Prozess der Medikalisierung politischer Probleme nicht noch zusätzlich anzutreiben, wenn sie annehmen, die ihnen präsentierten Beschwerden hätten immer schon eine medizinische oder psychische Ursache gehabt (van Wiligen, 2001). Indem man das Leiden von Geflohenen lediglich in eine psychiatrische Kategorie übersetzt, entzieht man ihnen die politische und moralische Anklage gegen vorherrschende Bedingungen in ihrem Heimatländern (Richters, 2001).

Dabei ergibt sich noch die weitere grundsätzliche Frage, ob Opfer von Menschenrechtsverletzungen und Krieg als krank betitelt werden sollten, wenn sie als Reaktion auf die erlebten extremen Situationen eine Symptomatik entwickeln, die auf ein Trauma schließen lässt. Eisler (1963) bringt den Kern dieser Überlegungen bereits mit dem Titel seines Aufsatzes „Die Ermordung wie vieler seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?“, zum Ausdruck. Somit stellt sich die Frage, ob es wirklich Krankheitswert hat, sein Leben, nachdem die Tötung oder Vergewaltigung eines engen Familienmitglieds miterlebt wurde, nicht mehr wie zuvor fortführen zu können oder ob gerade das Gegenteil bedenklich wäre (Eisler, 1963).

Deshalb ist es für die Geflohenen von besonderer Bedeutung, speziell auch den politischen Aspekt ihres Leidens anzuerkennen. Dies zeigt sich auch darin, dass viele Geflohene in westlichen Behandlungszentren vorrangig Menschenrechtinstitutionen und weniger stark die Betreuung psychisch Erkrankter suchen, da sie weniger als betroffenes Individuum denn als Opfer einer zerstörten Gesellschaft betrachtet werden wollen (Becker, 1995). Diese nicht mehr funktionierende Gemeinschaft in ihren Herkunftsländern stellt jedoch bei weitem nicht die einzige Belastung dar, der uns erreichende Geflohene ausgesetzt sind.

6. Psychosoziale Belastungen von Geflohenen

Die psychosozialen Belastungen, die bei Geflohenen zu teilweise unerträglichen Lebenssituationen führen können, sind stets auf mehreren sich gegenseitig beeinflussenden Ebenen zu finden (Becker, 1992). Natürlich können im Rahmen dieser Arbeit nicht alle dieser Ebenen aufgedeckt werden. Stattdessen werden überblicksartig wichtige Belastungsfaktoren noch in den Heimatländern und während der Flucht sowie in den aufnehmenden Ländern dargestellt. Dies erscheint auch im Hinblick auf eine gelingende Zusammenarbeit in den Aufnahmeländern nötig, da für Geflohene aufgrund der potentiell traumatisierenden Erfahrungen in ihren Ursprungsländern sowie der angespannten Situation in den Zielländern ein hohes Risiko besteht, Symptome einer psychischen Krankheit zu entwickeln (Pabst, Gerik, Erdag, & Paulsen, 2013). Obwohl das PTBS-Konstrukt nicht sinnvollerweise auf Geflohene angewandt werden kann, ist die Verbreitung dieser Diagnose dennoch ein grober Indikator für das Ausmaß deren psychischer Belastung. So fanden Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald, und Neuner (2006) eine Punktprävalenz für das Vorliegen einer PTBS von 40% unter Asylbewerbern in Deutschland. Zudem konnte bei Kriegsflüchtlings beobachtet werden, dass die Entpolitisierung und Pathologisierung ihrer Beschwerden den Leidensdruck bei Traumafolgen erhöht (Brick & Weber, 2004). Auch Angststörungen, Depression, Somatisierungsstörungen und Suchterkrankungen sind in unter Geflohenen verbreitet (Maerker, 2009). Satorius (1999) schlägt daher eine Klassifikation vor, die die psychischen Probleme dieser Gruppe in folgende Kategorien einteilt:

1. So zeigen sich akute psychische Reaktionen auf das Erlebte beispielsweise in Angst und Trauer.
2. Längerfristig können daraus psychische Krankheiten wie Traumatisierung oder die Verschlimmerung bereits bestehender Auffälligkeiten resultieren. Mögliche massenpsychologische Probleme sieht er in Aggressivität und erhöhter Gewaltbereitschaft.
3. Dauerhaft können Langzeit-Anpassungsprobleme wie Entmutigung und anhaltendes Unwohlsein, aber auch Verweigerung der Anpassung und Idealisierung des Heimatlandes entstehen (vgl. Satorius, 1999, S. 13).

Die große Verbreitung starker psychischer Belastungen verdeutlicht, dass neben einer juristischen und politischen Auseinandersetzung mit den Geflohenen auch eine psychologische dringend nötig ist. Jene Auseinandersetzung beginnt schon mit der Kenntnis der zahlreichen Belastungsfaktoren, denen Geflohene in ihren Heimatländern möglicherweise ausgesetzt waren.

6.1 Krieg, Folter und Gewalt - Gefahren und Belastungen in den Heimatländern und auf der Flucht

Bürgerkriegsflüchtlinge beobachten das alltägliche Zerbrechen der staatlichen Strukturen so weit, bis keine effektive Staatsgewalt mehr aufrecht erhalten und Gewalt und Verfolgung von Dritten unbehindert ausgeübt werden kann (Ollech, 2007). Auch Folter wird damit möglich. Da die größte Gruppe der Geflohenen aktuell aus Syrien kommt, sind Folterprozesse in diesem Land von besonderer Relevanz. Beobachter und Überlebende sprechen von äußerst grausamer und menschenverachtender Folter von Gegnern des Assad-Regimes in den Gefängnissen von Damaskus und Aleppo (Hackensberger, 2014).

Die Foltererfahrung kann bei den Geschädigten tiefgreifende und langfristige Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Jede Foltererfahrung löst weitgehend unabhängig von der individuellen Persönlichkeit immense Angst- und Panikgefühle aus und emotionales Abstumpfen sowie Antriebslosigkeit durch erfahrene Misshandlungen können den Kern einer Persönlichkeit verändern (Ünal, 2009). Folter richtet sich gegen die körperliche und geistige Integrität eines Menschen, durch deren Zerstörung die Unterdrücker relevante Information erpressen wollen (van der Veer, 1995). Sie zielt nicht ausschließlich auf die gewonnenen Informationen ab, sondern beabsichtigt auch stets die konkrete und symbolische Zerstörung des Individuums: Konkret soll das Opfer zerbrochen werden, dass kein weiteres politisches Engagement von ihm befürchtet werden muss und symbolisch soll die Folterung Angehörigen und Freunden des Opfers verdeutlichen, dass ein Sieg gegen die Unterdrücker aussichtslos ist (Becker, 2014).

Gesellschaftlich ist die symbolische Wirkung der individuellen Zerstörung besonders verheerend, da sie in weiten Kreisen um die Opfer Angst und Schrecken verbreitet. Menschen, die selbst noch nicht Opfer von Folter geworden sind, leben in der beständigen Angst, eines Tages ähnlich wie Freunde oder Verwandte verschleppt und gequält zu werden (Ünal, 2009). Jegliche Kritik und Auflehnung aus den Reihen des Volkes wird so präventiv bestraft (Amanti, 1977) Neben der absoluten Asymmetrie in der Machtgestaltung von Opfer und Folterndem ist die Herbeiführung sogenannter *Double-Bind* Situationen für das Quälen politisch Verfolgter charakteristisch (Miörner Wagner & Kuljuh, 1999). *Double-Bind* meint in diesem Fall, dass das Opfer vor die Wahl gestellt wird, entweder für ihre/ seine politischen Überzeugungen einzutreten und damit sich und ihre/ seine Angehörigen ins Verderben zu stürzen oder sich und ihre/ seine Familie zu retten, indem sie /er der politischen Aktivität abschwört und Genossen an die Unterdrücker verrät (Becker, 2014).

Auch ohne Folter beinhaltet die Flucht aus einem Krisengebiet häufig den Aspekt zweier sich gegenseitig ausschließender und für die/ den Betroffenen eigentlich unannehmbarer Alternativen. So müssen sich Geflohene häufig dazwischen entscheiden, in ihrem Heimatland täglich ihr eigenes Leben und das von Familienangehörigen zu gefährden oder zu fliehen und damit einen Teil ihres Selbst, ihrer Identität und ihre kollektive Bindung an die Gesellschaft zu verraten (Miörner Wagner & Kuljuh, 1999). Aus diesem Gefühl der Auslieferung von Leidensgenossen und Familienmitgliedern in den Heimatländern können noch viele Jahre nach der Flucht Selbstanklage und Schuldgefühle bei Geflohenen entstehen (Becker, 2014). Dieser mit Flucht assoziierte Verrat kann auch bei den Befragten von Ollech (2002) eine Rolle gespielt haben, die ihre Flucht als *ultima ratio* bezeichnen:

So gaben die befragten Geflohenen an, ihr Heimatland nicht unmittelbar nach erfahrener Folter oder politisch motivierter Gewalt verlassen zu haben. Die für sie unfreiwillige Entscheidung zu fliehen, haben sie erst dann getroffen, als sie sich zunehmend bedroht fühlten und keinerlei Kontrollmöglichkeiten ihres eigenen Lebens mehr wahrnahmen. Das Verlassen ihres Landes sehen sie als letzte Überlebensstrategie an. Sie wählten sie erst dann für sich, als alle anderen Versuche, sich mit der Situation in ihrem Heimatland zu arrangieren, fehlgeschlagen waren (vgl. Ollech, 2002, S. 20).

Auf ihrem Weg der Flucht erleben Geflohene häufig Situationen, die ebenfalls Traumatisierungen auslösen können. So sehen sie möglicherweise, wie Familienangehörige oder Freunde von räuberischen Banden verschleppt oder in einer bewaffneten Auseinandersetzung getötet werden. In manchen Fällen geht ein Familienangehöriger auf der langen und gefährlichen Flucht verloren. Die Unsicherheit, was mit der geliebten Person geschehen ist, wo sie sich befindet und ob sie überhaupt noch am Leben ist, stellt eine zusätzliche Belastung dar. Stets jedoch geht Flucht mit der Trennung von sozialen Netzwerken und dem Verlust des materiellen Besitzes einher.

6.2 Andauernde Belastungen in den aufnehmenden Ländern

Nach der zumindest äußerlichen Trennung von ihrem Heimatland treten Geflohene in den aufnehmenden Gesellschaften in eine Übergangsphase ein, die sie als dauerhaftes Provisorium erleben, sodass dieser stagnierte Übergang zur Ursache von Leiden in Form von Hoffnungslosigkeit, diffusen psychosomatischen Erkrankungen und Spannungszuständen werden kann (Schär Sall, 2002). Diese Übergangsprobleme vermischen sich mit vortraumatischen Leiden sowie Traumatisierungen und können diese potenzieren (Welti, 2001). Entsprechend dieses zu scheitern drohenden Übergangs sind die von Ollech (2007) befragten Geflohenen der Mei-

nung, dass ihre aufenthaltsrechtliche Situation und die damit verbundenen Lebensbedingungen sich stärker auf ihr Befinden und ihre psychische Gesundheit auswirken, als die im Heimatland erlittene Gewalt. In dieser Zeit existentieller Unsicherheit tragen zahlreiche postmigratorische Stressoren zu einer Aufrechterhaltung bereits bestehender Erkrankungen oder einer zusätzlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands einiger Geflohenen bei (Pabst et al., 2013). So können die genannten Trennungs- und Verlusterfahrungen aus den Zielländern als sehr schmerzlich empfunden werden, besonders, da die Ankommenden mit einem massiven sozialen Abstieg im Vergleich zu ihrem Herkunftsland konfrontiert und somit auch gezwungen sind, eine neue Identität aufzubauen (Rezapour & Zapp, 2011).

Traditionell erwarten die aufnehmenden Gesellschaften eine Assimilation der Geflohenen an ihre Kultur, wobei die früher identitätsstiftenden Bindungen und Verhaltensnormen aus den Herkunftsländern infrage gestellt und wenn nötig durch das besser passende Äquivalent der aufnehmenden Gesellschaft ersetzt werden sollen (Gissendanner, Calliess, Schmid-Ott, & Behrens, 2013). Innerhalb dieses Prozesses stellt der sogenannte Akkulturationsstress einen bedeutenden Risiko- oder aufrechterhaltenden Faktor für psychische Krankheiten dar (Özkan & Belz, 2013). Dieser entsteht insbesondere dann, wenn ein Konflikt zwischen neu erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen und den herkömmlichen Werten und Normen des Ursprungslandes wahrgenommen wird (Han, 2000). Im Rahmen der Anpassung an eine neue Kultur, die sehr große zusätzliche psychische Anpassungsleistungen erfordert, können Situationen und Ereignisse auftreten, die als erneut traumatisierend wahrgenommen werden (Hanel, 2013).

Problematische Faktoren können zudem außerhalb des Individuums liegen, da das soziale und gesellschaftliche Umfeld, in welchem Geflohene leben, einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen hat (Brandmaier, 2013). Traumatisierungen durch Menschenhand werden insbesondere aufrechterhalten, wenn die betroffenen Geflohenen sich häufig in Situationen wiederfinden, die durch eine extreme Macht-Ohnmacht-Konstellation analog zu ihren Foltererfahrungen gekennzeichnet sind (Welti, 2001). Der unsichere Aufenthaltsstatus stellt dabei eine besondere Quelle der Belastung dar. Die latente Abschiebegefahr wird von vielen Geflohenen als starke Bedrohung erlebt, da sie diese mit traumaassoziierten Triggern oder der Begegnung von Tätern im Heimatland verbinden (Brandmaier, 2013). Das lange Warten auf den Asylentscheid, Anhörung durch die Behörden und Rückschaffungen können bei den Geflohenen immer wieder Ängste bestätigen und zu Retraumatisierungen führen (Welti, 2001).

Bei den Behördengängen erleben die Geflohenen häufig das Fehlen eigener Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten, wodurch Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht verstärkt werden (Brandmaier, 2013). Diese allumfassende Ohnmachtserfahrung hinsichtlich der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft des eigenen Lebens kann eine depressive Reaktion auslösen (Ollech, 2007). Eine weitere Quelle der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins sehen die Betroffenen darin, dass sie nur sehr selten eine Arbeitserlaubnis erhalten und somit auch nicht die Möglichkeit bekommen, sich selbst zu versorgen (Ünal, 2009). Im ersten Jahr besteht ein Arbeitsverbot für Geflohene und in den nachfolgenden Jahren erhalten sie lediglich nachrangigen Zugang zum Arbeitsmarkt. Durch die aus der Erwerbslosigkeit entstehende ökonomische und soziale Marginalisierung werden Gefühle des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit verstärkt (Brandmaier, 2013). Viele sehen sich in den Aufnahmegesellschaften einem sinn- und trostlosen Leben mit zahlreichen Einschränkungen ausgesetzt, wodurch beispielsweise eine Depression verschlimmert und ungünstig stabilisiert werden kann (Ünal, 2009).

Oft sind Geflohene diesen und weiteren Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Krankheiten ausgesetzt. Deshalb ist es von besonderer Bedeutung, jenen, die professionelle Hilfe suchen, angemessen begegnen zu können, um nicht noch zusätzlich zu einer Chronifizierung der Beschwerden beizutragen. Aus den bisher dargestellten unterschiedlichen kulturellen Hintergründen der Krankheits- und Gesundheitskonzepte muslimischer Geflohener aus dem arabischen Raum und westlicher BehandlerInnen ergeben sich wichtige Implikationen für eine gewinnbringende Zusammenarbeit im Rahmen einer Psychotherapie.

7. Praktische Implikationen für die Psychotherapie mit Geflohenen

Da viele Geflohene traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, kann Psychotherapie zu einer der wichtigsten Stützen für eine gelungene Integration werden, indem sie den KlientInnen dabei hilft, den Übergang zwischen ihrem kriegsgeprägten Heimatland und dem Exilland besser zu bewältigen (Preitler, 2013). Um dies leisten zu können, ist die Kenntnis kultureller und religiöser Hintergründe der Betroffenen eine grundlegende Voraussetzung. Eine besondere Rolle spielen dabei die von der westlichen Vorstellung abweichende Überzeugungen hinsichtlich Krankheits- und Heilsvorstellungen, die sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting berücksichtigt werden sollten (Kammerlander & Abdallah-Steinkopff, 2002).

7.1 Berücksichtigung kultureller und religiöser Hintergründe in der psychotherapeutischen Arbeit mit Geflohenen

Ein erster wichtiger Schritt in Richtung einer gewinnbringenden Zusammenarbeit ist es, die Betroffene/r-TherapeutIn-Beziehung als eine Begegnung zweier Kulturen zu erkennen (Kammerlander & Abdallah-Steinkopff, 2002). Bestandteil der idealerweise entstehenden kultursensiblen Psychotherapie sind dabei jene Besonderheiten wie Werte, Normen und Verhaltensweisen, die aufgrund eines bestimmten kulturellen Hintergrunds auftreten (Rezapour & Zapp, 2011). Peseschkian (1993) betont insbesondere die Bedeutung gegenseitiger Rollenerwartungen für die transkulturelle Psychotherapie, da sich in diesen viele kulturell geprägte Werthaltungen widerspiegeln.

7.1.1 Rollenverständnis von Betroffene/r und BehandlerIn

Traditionelle Patientenrolle und Erwartungen der Geflohenen an westliche Psychotherapie

Durch die Betrachtung der traditionellen Patientenrolle, von welcher auch Geflohene geprägt sein können, werden die Erwartungen, die diese im Rahmen von Psychotherapie an westliche BehandlerInnen stellen, deutlicher ersichtlich. Wie bereits dargestellt, sind psychische Erkrankungen in arabischen Gesellschaften weniger akzeptiert und werden damit seltener behandelt (Eminli, 2009). Deshalb beziehen sich viele Texte über den Umgang mit BehandlerInnen innerhalb des dieses Kulturkreises vornehmlich auf ÄrztInnen. Da diese Gepflogenheiten kulturellem Einfluss unterliegen, sind sie auch für Nicht-Muslime der arabischen Länder gültig. Stattdessen zeigt sich in dieser Beziehung der Einfluss der von Hofstede beschriebenen Kulturdimension Machtdistanz. Praktische Erfahrungen westlicher PsychotherapeutInnen zeigen, dass die traditionellen Erwartungen an die Rollenkonzeptionen auf die Betroffene/r-TherapeutIn-Beziehung übertragen werden können (Kizilhan, 2015). Ete (2002) stellt zentrale Annahmen des Patientenselbstverständnisses und dessen Konsequenzen für den Umgang mit professionellen BehandlerInnen dar:

So hat dieser, meist in Gestalt einer/eines ÄrztIn, eine herausragende soziale Position inne, der als Experte für Gesundheit und Krankheit angesehen wird. Es ist die Aufgabe der/des BehandlerIn, die Krankheit zu finden und zu heilen. Deshalb wäre von dem Betroffenen es ungebührlich und anmaßend, dem Experten in Form detaillierter Schilderung der Beschwerden oder aktiven Nachfragens hineinzureden. Aufgrund der Tatsache, dass beispielweise Nachfragen als Anzweifeln der Kompetenz der/des ÄrztIn verstanden wird, stellen insbesondere Unterschichtspatienten ihre Beschwerden allgemein und ungenau dar, um damit

ihre Achtung vor der Rolle, der Kompetenz und des Wissens ihrer/ihres ÄrztIn auszudrücken. In dieser Interaktion gehört es zur Aufgabe der/des BehandlerIn, durch genaueres Nachfragen eine differenzierte Symptomwahrnehmung der/des Betroffenen zu erwirken (vgl. Ete, 2002, S. 89).

Bei Geflohenen verstärkt sich das wahrgenommene Machtgefälle zwischen BehandlerIn und ihnen zusätzlich, wenn der professionelle Helfer Angehöriger der Mehrheitskultur eines wohlhabenden europäischen Landes ist (Brick & Weber, 2004): Die Betroffenen zeigen oft sehr unterwürfiges Verhalten, sodass sie beispielsweise nur nach Aufforderung sprechen oder auch nicht nachfragen, wenn sie etwas offensichtlich nicht richtig verstanden haben. Kennt die/der TherapeutIn diese kulturell geprägte Form des Auftretens ihrer/s oder seiner/s KlientIn, kann er durch gezieltes und ermutigendes Nachfragen dessen Erwartungen an eine/n guten BehandlerIn entsprechen und ihnen Anteilnahme und Wertschätzung vermitteln.

Allgemein wird von den BehandlerInnen eine schnelle Diagnose erwartet (Wurzbacher, 2003). Kizilhan (2015) weist darauf hin, dass für Betroffene muslimischer Gesellschaften die gemeinsame Konstruktion eines Erklärungsmodells für die Entstehung der psychischen Probleme meist unbekannt ist. Anstatt dessen erwarten sie, dass die/der TherapeutIn bereits in der ersten Sitzung ein vollständiges Erklärungsmodell liefert (Gatchel, Peng, Fuchs, & Turk, 2007). Deshalb erscheint es sinnvoll, die Betroffenen nach einer vorläufigen Diagnose über die für sie ungewohnte Behandlungsstrategie aufzuklären und ihnen deren Sinn zu erläutern (Kizilhan & Haag, 2011). Durch diese Transparenz des therapeutischen Vorgehens können zusätzliche Ängste und Hilflosigkeit der Betroffenen vermieden werden. Auch innerhalb des therapeutischen Prozesses erwarten muslimische KlientInnen im Unterschied zu westlich-individuell geprägten KlientInnen mehr Hilfe und Führung durch die Autoritätsperson (Machleidt & Gül, 2010). Diesem Bedürfnis sollten PsychotherapeutInnen im Verlauf ihrer Behandlung immer wieder Rechnung tragen, indem sie ihre KlientInnen fragen, ob sie sich mehr aktive Hilfe von ihnen erhoffen. Diese kann sich neben Ratschlägen in Form von Beratung auch als direkte Anweisungen gestalten (Kizilhan & Haag, 2011).

In den meisten Fällen haben Betroffene anderer Kulturkreise eine sehr hohe Meinung von der Medizin nach westlichem Verständnis, weshalb sie sich von dieser auch schnelle Heilung erwarten und beim Ausbleiben einer raschen Besserung oftmals stark enttäuscht sind (Eminli, 2009). Einige KlientInnen aus dem arabisch-muslimischen Kulturkreis zeichnen sich zudem dadurch aus, dass sie in Anlehnung an traditionelle Heiler in ihren Heimatländern externe Ursachen für ihr psychisches Leiden und dessen zügige Heilung durch ihnen verschriebene Mittel erwarten (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013). Im Gegensatz zu hohen positiven Er-

wartungen an die westliche Schulmedizin ist die Einstellung hinsichtlich Psychotherapie von großer Ambivalenz geprägt (Ollech, 2002):

Da viele Geflohene den direkten Zusammenhang zwischen ihrer sozialen Situation und psychischen Verfassung erkennen, sind einige der Meinung, dass eine Psychotherapie ohne gleichzeitige Veränderung der sozialen Umstände nur wenig sinnvoll ist. Insbesondere Folteropfer stehen der Möglichkeit einer Verbesserung ihrer Symptomatik durch Psychotherapie skeptisch gegenüber. Anstatt dessen vertreten einige der befragten Geflohenen die Meinung, dass die tiefen psychischen Verletzungen allein durch den zeitlichen Abstand von dem traumatisierenden Ereignis besser werden könnten. Trotz der Zweifel an der langfristigen Beeinflussbarkeit ihrer Leiden schätzen viele Geflohene die kurzfristig entlastende Wirkung psychotherapeutischer Gespräche. Die Möglichkeit, mit einem anderen Menschen über persönliche Probleme sprechen zu können, empfinden viele als stützend und hoffnungsspendend. Von den PsychotherapeutInnen erhoffen sich die befragten Geflohenen aktives Zuhören, Erklärungen über die Zusammenhänge psychischer Probleme und konkrete Hilfe für den Umgang mit Stress (vgl. Ollech, 2002, S.25 f.).

Diese ambivalente Einstellung der Betroffenen zeigt, dass auch die/ der BehandlerIn einige Besonderheiten in der Therapie mit Geflohenen beachten sollte.

Anforderungen an das BehandlerInnenselbstverständnis im Rahmen der Psychotherapie mit Geflohenen

Zentrale Anforderung an eine/n PsychotherapeutIn oder ÄrztIn im Kontakt mit Geflohenen ist interkulturelle Kompetenz. Nach Hinz-Rommel (1996) zeigt sich interkulturelle Kompetenz insbesondere darin, angemessen und erfolgreich in einer fremden kulturellen Umgebung und mit Angehörigen anderer ethnischer Gruppen kommunizieren zu können. Da es interkulturelle Kompetenz auf zahlreichen unterschiedlichen Ebenen gibt, wird zwischen Aspekten differenziert, die bereits vor Therapiebeginn, in der Anfangsphase der Therapie und während des gesamten therapeutischen Prozesses Einfluss auf die Beziehung nehmen können.

Vor Therapiebeginn

Für eine erfolgreiche interkulturelle Psychotherapie ist neben kommunikativer Kompetenz, Empathie und Respekt auch die eigenkulturelle Bewusstheit der/des TherapeutIn eine zentrale Voraussetzung (Hegemann, 2004). Die Reflexion eigener Wertvorstellungen und deren kultureller Prägung durch die/den TherapeutIn sollte idealerweise schon vor der ersten Begegnung mit der/dem KlientIn stattfinden (Kammerlander & Abdallah-Steinkopff, 2002). So kann es besser gelingen, sich auf den fremden kulturellen Hintergrund der/des KlientIn

einzulassen. Gavrandiou and Abdallah-Steinkopff (2008) sehen innerhalb dieses Prozesses eine besondere Bedeutung darin, die eigenen Wertvorstellungen und die eigene Lebensform nicht als universell, sondern in Abhängigkeit bestimmter Lebensbedingungen zu betrachten. Zudem setzt die Psychotherapie mit Menschen anderer kultureller oder ethnischer Zugehörigkeit die Bereitschaft der/des TherapeutIn voraus, sich mit neuen Erlebens- und Verhaltensmustern auseinanderzusetzen (Erim, 2009c).

In den ersten Sitzungen

Bereits bei dem ersten Zusammentreffen von Betroffener/em und TherapeutIn gilt es, kulturelle Einflussgrößen zu beachten, die sich langfristig auf den Therapieverlauf auswirken können. Das Wissen der TherapeutInnen über die möglichen kulturellen oder religiösen Hintergründe von Verhaltensweisen ihrer/ seiner KlientInnen kann ab der ersten Minute dazu beitragen, Missverständnisse zu vermeiden. So geben sich streng gläubige Muslime zur Begrüßung in der Regel nicht die Hand, sondern legen die Hand auf die Brust, wobei insbesondere der Körperkontakt mit gegengeschlechtlichen Gesprächspartnern unüblich ist (Rezapour & Zapp, 2011). Die/der TherapeutIn sollte dieses Begrüßungsritual im Rahmen kulturell geprägter Umgangsformen sehen und nicht als Ablehnung oder Respektlosigkeit gegenüber ihrer/ seiner Person bewerten.

Für den Fall, dass die/der TherapeutIn unsicher im Umgang mit ihm unbekanntem Verhaltensweisen ist, kann sie/er stets die Möglichkeit nutzen, die KlientInnen nach soziokulturellen Besonderheiten zu befragen (Erim, 2009c). Aufgrund des erwarteten großen Hierarchiegefälles zwischen TherapeutIn und Betroffener/em sollte dabei behutsam vorgegangen werden, um die/den KlientIn nicht zu überfordern. Dadurch, dass die/der KlientIn kulturelle Besonderheiten im Umgang mit Krankheit berichtet, kann der/ dem Betroffenen die Gelegenheit gegeben werden, selbst festzulegen, welche Rolle kulturelle Aspekte in der Psychotherapie spielen sollen. Liegt es hauptsächlich an der/dem BehandlerIn, die Bedeutung kultureller und religiöser Faktoren für die therapeutische Zusammenarbeit festzulegen, sollte sie/er sich um eine Balance zwischen Überbetonung und Verleugnung kultureller Unterschiede bemühen (Erim, 2009c). Einerseits darf sie/er kulturelle Differenzen und deren Konsequenzen für ihre/ seine Arbeit nicht ignorieren, andererseits sollte sie/er sich auch nicht allzu sehr von diesen einschüchtern lassen, da sich grundlegende menschliche Bedürfnisse weltweit nur marginal unterscheiden (van der Veer, 1998).

Zudem setzt eine gewinnbringende Begegnung die Fähigkeit der/des TherapeutIn voraus, die möglicherweise bestehende eigene Unwissenheit bezüglich kultureller oder religiöser Ge-

pflogenheiten ihrer/ seiner KlientInnen zugeben zu können. Eine grundsätzlich falsche Haltung wäre es, die eigene Unkenntnis deshalb zu verbergen, weil man fürchtet, dass das therapeutische Handeln dadurch an Glanz verlieren könnte (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013). Gerade in der Anfangsphase der Therapie kann das Fragen und Zuhören im Vordergrund stehen (Demmer-Gaite & Friese, 2004). Das verstärkte Nachfragen kann zudem dazu beitragen, die bereits beschriebene Rollenerwartung an die/den aktiv explorierende/en TherapeutIn zu erfüllen. Sollten der/dem TherapeutIn Wissensbestände über den soziokulturellen Hintergrund der/des KlientIn zur Verfügung stehen, kann ein frühzeitiges Signal an die/den Betroffene/en, sich nicht beständig für eine andere kulturelle Sichtweise rechtfertigen zu müssen, eine große Erleichterung bedeuten (Skutta, 2002).

Unabhängig davon, ob die/der BehandlerIn zu Therapiebeginn bereits über großes interkulturelles Wissen verfügt oder nicht, sollte dieser Offenheit, nicht Ablehnung gegenüber kulturell anders geprägten Erlebens- und Verhaltensmustern demonstrieren. Dies auch an die/den Geflohene/en zu vermitteln, ist insbesondere während der ersten Sitzungen relevant, da in dieser Phase idealerweise eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden sollte. Einen wichtigen Schritt innerhalb dieses Prozesses stellt das Erkennen und Nutzen von Gemeinsamkeiten sowie die Wahrnehmung kultureller Unterschiede dar (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013). Die erkannten Gemeinsamkeiten statt Unterschiede zu betonen, kann dabei helfen, die Angst der/des Geflohenen, nicht verstanden zu werden, zu reduzieren (Haasen & Yagdiran, 2002). Für den Fall, dass die/der KlientIn von großer Angst und Skepsis gegenüber westlicher Psychotherapie geprägt ist, kann es zudem hilfreich sein, diesem die Gemeinsamkeiten von Psychotherapie und den traditionellen Heilmethoden in ihrem/seinem Herkunftsland aufzuzeigen (Erim, 2009c). Pfeiffer (1991) konnte zeigen, dass die Aspekte der Motivierung, das Herstellen einer emotional bedeutsamen Beziehung sowie die Interpretation und Therapie zentrale Elemente beider Verfahren sind.

Dennoch ist nicht zu erwarten, dass allein dadurch sämtliche Ängste und Befürchtungen der Geflohenen bezüglich Psychotherapie aufgelöst werden können. Generelle Bedenken, sich professionelle Hilfe zu holen, haben viele Menschen aus unserer und anderen Kulturen. Die Begriffe Therapie oder PsycholtherapeutIn sind häufig entweder unbekannt oder werden mit Verrücktsein assoziiert, sodass sie auf jeden Fall zunächst negativ besetzt sind (Kammerlander & Abdallah-Steinkopff, 2002). Unter 3.1 werden zudem weitere Vorbehalte und Befürchtungen gegenüber westlicher Psychotherapie erläutert.

Um die beschriebenen Missverständnisse aufgrund der Körper-Seele-Trennung in der westlichen Medizin zu vermeiden, sollten sowohl die/der PsychotherapeutIn als auch die/der

ÄrztIn das ganzheitliche Körper-Geist-Erleben der/des Geflohenen respektieren. Das abweichende Krankheitsverständnis ist als Bestandteil der kulturellen Prägung zu verstehen und sollte nicht zu pauschalen Abwertungen der ausländischen KlientInnen führen. So wäre es beispielsweise völlig unzulässig, Betroffenen als Konsequenz der Aussage: „Ich bin ganz krank“, Dummheit oder mangelnde Differenziertheit zu unterstellen. Anstatt dessen ist eine enge Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen angezeigt. Zudem sollte der/dem Geflohenen zu Beginn der Behandlung und der Therapie erklärt werden, dass und warum im deutschen Gesundheitssystem eine Unterscheidung in einen körperlichen und einen psychischen Bereich vorgenommen wird. Dadurch könnte eine höhere Verstehbarkeit der Maßnahmen werden.

Zusätzlich hilfreich ist es zudem, wenn die/der TherapeutIn der/ dem KlientIn innerhalb der ersten Sitzungen vermittelt, dass sie/er und die/der behandelnde ÄrztIn Kenntnis von der kulturellen Sicht auf Krankheiten aus dem Herkunftsland der/s Geflohenen haben und dass sie sich bemühen werden, den daraus erwachsenen Bedürfnissen nachzukommen. Wenn dieser über somatische Beschwerden klagt, sollte in jedem Fall eine ausreichende medizinische Abklärung erfolgen. Diese ist nötig, um körperliche Ursachen mitzubedenken bzw. auszuschließen, die sich auch auf psychisches Leiden auswirken können. Ohne Berücksichtigung der kulturell geprägten Ausdrucksform sollte nicht vorschnell eine Somatisierungsstörung diagnostiziert werden. Da der Glaube für Geflohene ein zentraler Bestandteil ihrer Identität sein kann, sollte auch auf deren religiösen Befürchtungen, die unter 5.1.3 dargestellt sind, in differenzierter Weise eingegangen werden. Um diese Ängste zu entkräften, sollte grundsätzliche Toleranz der Religionsausübung und Wertneutralität bezüglich der Religionszugehörigkeit signalisiert werden. Zudem kann es sinnvoll sein, mit der/dem Geflohenen über eigenes Wissen hinsichtlich der islamischen Religion zu sprechen. So könnte der/dem KlientIn beispielsweise vermittelt werden, dass die Erklärungsmuster für psychische Krankheiten durch die *Djinnen* oder den *Bösen Blick* bekannt sind. Um weitere Ängste zu lindern, sollten die BehandlerInnen der/dem Betroffenen zusichern, so weit als möglich familiäre Umstände und Normen zu berücksichtigen. Insofern es nicht von essentieller Bedeutung für den therapeutischen Prozess ist, sollten keine Ratschläge gegeben werden, die die/der Betroffene aufgrund ihrer/ seiner kulturellen oder religiösen Prägung nicht ausführen kann. Ein Beispiel dafür wäre, eine junge Muslima dazu aufzufordern, ihr Kopftuch abzusetzen. Kommt sie dieser therapeutischen Anordnung nach, könnte sie dies ungewollt in grundlegende Konflikte und Widersprüche mit ihrer Familie verwickeln.

Ebenso wichtig, wie hinderliche Ängste zu verringern ist es, unrealistisch positiven Heilerwartungen an Psychotherapie entgegenzuwirken. Wie bereits erläutert haben viele Geflohene sowohl von der westlichen Medizin als auch von westlichen BehandlerInnen eine sehr hohe Meinung. Tritt keine rasche für die Betroffenen wahrnehmbare Symptombesserung ein, kann es zu großen Enttäuschungen kommen. Kleefeldt, Wolff, und Carlo (2016) betonen deshalb, dass PsychotherapeutInnen in der Zusammenarbeit mit Geflohenen stets bereits zu Beginn der Therapie die Grenzen ihres Handelns klar benennen sollen.

Da die Bereitschaft, Fremden Emotionen und persönliche Probleme anzuvertrauen, kulturell verschieden geprägt ist, sollte die/der TherapeutIn nicht aktiv erzwingen, bei der ersten Begegnung bereits über psychische Probleme im engeren Sinne zu sprechen (van der Veer, 1998): Beobachtungen zeigen, dass Menschen aus dem Mittleren Osten zunächst über relativ unbedeutende Dinge reden, bevor sie bereit sind, mit der/dem TherapeutIn wirklich relevante persönliche Themen zu teilen. Auch wenn westliche TherapeutInnen vielleicht intensivere Erwartungen an ein erstes Explorationsgespräch haben, sollten sie ihren ausländischen KlientInnen diese Art der Kontaktaufnahme zugestehen, um deren Vertrauensbereitschaft zu verstärken. Kizilhan and Haag (2011) erklären zudem, dass es muslimischen Betroffenen oft zu Beginn einer Therapie leichter fällt, über körperliche anstatt psychische Probleme zu sprechen, da letztere stark schambehaftet sind. Dies sollten westliche TherapeutInnen respektieren und ihren KlientInnen in den ersten Sitzungen - falls dies gewünscht ist - einen leichteren Zugang zu der therapeutischen Beziehung über die körperliche Ebene ermöglichen. Bei ausreichendem Vertrauen werden dann auch psychische Probleme und Konflikte von den KlientInnen thematisiert (Kizilhan & Haag, 2011). Neben diesen Aspekten, die insbesondere für den Beziehungsaufbau in den ersten Sitzungen relevant sind, gibt es noch weitere Punkte, welche gleichermaßen während des gesamten Therapieverlaufs von Bedeutung sind.

Während des gesamten Therapieverlaufs

In der Literatur findet sich eine sehr kontroverse Diskussion um die grundlegende therapeutische Haltung für die Arbeit mit muslimischen Geflohenen. Kizilhan (2015) ist der Meinung, dass PsychotherapeutInnen die ihnen von ihren KlientInnen zugeschriebene hohe Hierarchieposition im Rahmen eines aktiven, wissenden und beratenden Umgangs annehmen müssen, um jenen im späteren Verlauf echte Veränderung zu ermöglichen. Mit dieser Position entsprechen die/der BehandlerIn den traditionellen kulturellen Erwartungen muslimischer Geflohener. Auch Erim (2009c) vertritt die Ansicht, dass die/der TherapeutIn aktiv intervenieren sollte, wenn durch offene Unterstützung das Eintreten von erwünschtem Verhalten beschleunigt werden kann. Sie schreibt der/dem TherapeutIn zudem eine funktionale Autorität

zu, die in der Verantwortung besteht, zu entscheiden, wie die Therapie zum Besten für die/den KlientIn gestaltet werden sollte (Erim, 2009c).

Eine dieser fundamental entgegengesetzte Position vertritt Skutta (2002): Sie stellt die Stärkung des Selbsthilfepotentials der Betroffenen in den Vordergrund und möchte damit genau den traditionellen Erwartungen an eine/n aktive/n ÄrztIn und einen passiven Betroffenen entgegenwirken. Somit spiegelt diese Haltung die Entscheidung wider, kulturelle Erwartungen abzulehnen bzw. ihnen zuwiderzuhandeln. Abdallah-Steinkopff and Soyer (2013) geben bezüglich dieser Position allerdings zu bedenken, dass sich Betroffene mit einem traditionellen Verständnis ihrer Rolle schnell zu einem Therapieabbruch entscheiden, wenn sie auf Seiten der/des TherapeutIn auf die Idee der Selbsthilfe stoßen. Auch ihre Erfahrungen zeigen, dass eine zu passive Rolle der/des TherapeutIn insbesondere zu Therapiebeginn von den Geflohenen als demotivierend und Zeichen von Ablehnung und Desinteresse gegenüber ihrer Person wahrgenommen wird (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013). Rodewig (2002) berichtet ebenfalls, dass die Modifikation der TherapeutInnenrolle hin zu einem aktiveren und direkтивem Selbstverständnis bei der psychosomatischen Rehabilitation türkischstämmiger Betroffener Vorteile brachte. Somit liegt die Vermutung nahe, dass zumindest zu Beginn einer Therapie die/der BehandlerIn stärker auf die kulturell an ihn herangetragenen Erwartungen eingehen und deshalb keine allzu passive Rolle einnehmen sollte. Wenn es der Einzelfall zulässt, könnte es im späteren Verlauf der Therapie gewinnbringend sein, mit der/ dem KlientIn gemeinsam zu besprechen, ob dieser selbst mehr Verantwortung in der Therapie übernehmen möchte.

Wie bereits dieses Beispiel zeigt, ist es in der interkulturellen Psychotherapie nicht immer sinnvoll, den Betroffenen das westliche selbstbestimmte Therapieverständnis überstülpen zu wollen. So sind Menschen aus kollektivistisch orientierten Gesellschaften viel stärker in soziale Gruppen eingebunden, welche auch maßgeblich ihr Handeln als Einzelpersonen bestimmen können. Westliche TherapeutInnen sollten sie deshalb nicht mit einem allzu ausgeprägten Appell an die individuelle Autonomie überfordern (Erim, 2009c). Auf die Auswirkungen einer kollektivistischen Prägung auf das Krankenverhalten und deren Konsequenzen für die Psychotherapie wird unter 7.1.2 genauer eingegangen. Auch sollte ein kulturell anderes Erscheinungsbild bestimmter psychischer Krankheiten durch westliche TherapeutInnen akzeptiert werden, ohne dass sie versuchen, das Beschwerdebild ihrer KlientInnen schließlich doch noch der Vorstellung ihres Kategoriensystems anzugleichen. So zeigen Haasen and Yagdiran (2002) auf, dass es bei einer vermuteten Depression weder für die Betroffenen noch für die

künftige Behandlung sinnvoll ist, offensiv ein Bewusstwerden der affektiven Anteile neben den berichteten körperlichen Beschwerden zu forcieren.

Zu jedem Zeitpunkt sollte die Beziehungsgestaltung der/des TherapeutIn durch eine respektvolle Haltung gekennzeichnet sein, die Intimität bei gleichzeitiger Wahrung der von den Betroffenen erwünschten Distanz ermöglicht und wichtige kulturelle Regeln befolgt (Kizilhan, 2015): Diese kulturellen Regeln können beispielsweise darin bestehen, zur Begrüßung aufzustehen oder den intensiven Augenkontakt mit gegengeschlechtlichen Betroffenen zu vermeiden. Hilfreich, eine solche Beziehung entwickeln zu können, ist dabei eine neugierige, offene und respektierende Haltung gegenüber anderen kulturellen Traditionen (Erim, 2009c). Innerhalb dieser Position ist es besonders bedeutend, den Geflohenen Wertschätzung gegenüber ihrer Person und ihren Erfahrungen zu vermitteln (Kleefeldt et al., 2016).

Ogleich in einem verantwortbaren Rahmen auf die kulturellen Besonderheiten der Betroffenen Rücksicht genommen werden sollte, darf dies nicht dazu führen, dass negativ oder möglicherweise schuldbesetzte Themen wie Suizidalität oder Sexualität gänzlich in der Therapie ausgespart werden (Haasen & Yagdiran, 2002). Insbesondere bei schwertraumatisierten und dauerhaft latent suizidalen Geflohenen würde den westlichen TherapeutInnen ein großer Fehler unterlaufen, wenn sie nicht über mögliche Selbsttötungsabsichten sprechen würden. Wichtig dabei ist es, den Betroffenen stets konkrete Anlaufstellen zur Unterstützung in akuten Krisensituationen an die Hand zu geben.

Eine weitere vielleicht nicht immer angenehme Anforderung an die/den TherapeutIn besteht darin, das Dilemma der Fluchtentscheidung vor dem Hintergrund großer kollektiver Verantwortung in den arabischen Ländern mit zu berücksichtigen. Die Geflohenen haben sich für die Rettung ihrer Familie durch die Flucht entschieden und damit auf die Verteidigung ihrer Werte und Interessen im Heimatland verzichtet, was zu schweren Schuldzuweisungen auch innerhalb von Familien führen kann (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013). Die besondere Herausforderung im Umgang mit diesem Thema ist es, zu erkennen, ob der/die KlientIn Gesprächsbedarf hinsichtlich ihrer/ seiner Entscheidung zur Flucht hat. Sollte dies der Fall sein, ist es sinnvoll, diesem einen Platz in der Therapie einzuräumen. Die Folgen dieser Dilemmata aufgrund von Wertkonflikten nehmen für manche Betroffene im therapeutischen Prozess sogar eine schwerwiegendere Rolle ein als erlebte Folter (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013). Dennoch sollten sich westliche BehandlerInnen vorsichtig an dieses Thema herantasten, da es natürlich absolut kontraindiziert wäre, den ohnehin schwer belasteten Geflohenen zusätzlich eine Schuldthematik von außen nahezulegen.

7.1.2 Einfluss von Individualismus und Kollektivismus auf das Krankenverhalten

Viele Autoren haben bereits die unterschiedliche Bewertung der Autonomie des Individuums in verschiedenen Kulturen und deren Konsequenzen für einen angemessenen therapeutischen Umgang diskutiert (Erim, 2009c). Dies erscheint insofern sinnvoll und notwendig, da sich die Ausprägung dieser Kulturdimension auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Menschen auswirkt (Tuschinsky, 2002). Menschen aus traditionell-islamischen Regionen weisen häufig eine kollektive Orientierung auf (Kizilhan, 2015). Muslimische Menschen aus arabischen Ländern werden dabei im doppelten Sinne hinsichtlich des Kollektivismus geprägt, kulturell und religiös.

Kultureller Kollektivismus

Eine stärker kollektivistische Orientierung einer Gesellschaft hat unmittelbare Auswirkungen auf die Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehungen. So betont die Idealvorstellung Harmonie statt Konfrontation und Abhängigkeit an Stelle von Individuation (Erim, 2009c). Innerhalb der Wir-Gruppen ist großes Einfühlungsvermögen nötig, um die Harmonie aufrechterhalten zu können. Von dieser Anforderung geprägt weisen Menschen aus kollektivistischen Kulturen die beständige Bereitschaft und die Fähigkeit auf, wie andere zu fühlen und zu denken (Armstrong Tamara L. & Swartzman Leora C., 2001). Aufgrund der stark ausgebildeten wechselseitigen Abhängigkeit stellt die Erweiterung der kollektiven um eine individuelle Selbstdefinition hingegen für viele Menschen kollektivistisch geprägter Gesellschaften eine Phantasie der Ausgrenzung dar (Rodewig, 2002). Das Bedürfnis, stärker mit seinen Mitmenschen verbunden zu sein, zeigt sich auch im Krankheitsverhalten. Krankheit wird so zu einer sozialen Angelegenheit, wobei die/ der Betroffene Anspruch auf Hilfe und Unterstützung durch Familie und Freunde hat (Brick & Weber, 2004). Da die Erkrankung des Einzelnen möglicherweise auch Konsequenzen für die soziale Gruppe hat, möchten beispielsweise manchmal andere Personen wichtige Entscheidungen hinsichtlich der Behandlung der/des Betroffenen treffen, wobei der Wille der Person selbst als zweitrangig betrachtet wird (Tuschinsky, 2002). Falls dies von der/dem KlientIn gewünscht ist, kann es deshalb zu den Aufgaben der/des TherapeutIn oder ÄrztIn gehören, den Behandlungswunsch der/ des Betroffenen auch gegenüber Angehörigen zu kommunizieren und zu bestärken. Die Krankenrolle zeichnet sich durch Passivität und Abhängigkeit von Besorgten aus.

Individualismus und Kollektivismus wirken sich auch auf das Therapieverständnis der/des westlichen BehandlerInaus. So stellen Kammerlander und Abdallah-Steinkopff (2002) dar, dass die verschiedenen westlichen Psychotherapieschulen stets die Wertvorstellungen der

individualistisch geprägten Kultur teilen, welche Unabhängigkeit von anderen Menschen und Autonomie in den Vordergrund stellt. Fisek (1998) argumentiert zudem, dass bei westlichen PsychotherapeutInnen häufig die Annahme verbreitet sei, dass die kohäsiven Familienstrukturen kollektivistischer Gesellschaften nicht ausreichend Raum für die Persönlichkeitsentwicklung ihrer Mitglieder lassen würde. Erim (2009c) hingegen weist darauf hin, dass die Klarheit der sozialen Rolle und der familiären Strukturen die Basis für eine eigenständige Identität der Mitglieder ist.

Wird die Bedeutung anderer allerdings allzu hoch eingeschätzt, kann Kollektivismus auch zu einem Psychotherapiehindernis werden. So fürchten manche Betroffene, dass das Eingestehen psychischer Probleme von anderen als Schwäche interpretiert werden und zur Ablehnung des Kollektivs führen könnte (Kizilhan & Haag, 2011). Wenn diese Sorge stark ausgeprägt ist, kann dies bedeuten, dass sich erkrankte Menschen gegen eine Psychotherapie entscheiden, da sie die sozialen Folgen eines möglichen Bekanntwerdens ihrer Therapie zu sehr fürchten. Eine weitere Schwierigkeit bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Angehörigen kollektivistischer Kulturen besteht darin, dass viele Konflikte der Betroffenen stärker innerfamiliär denn innerpsychisch sind (Rezapour & Zapp, 2011). Ein solcher könnte beispielsweise in der geplanten Heirat eines Familienmitglieds mit einem von den Angehörigen unerwünschten oder nicht respektierten Partner sein. Rezapour and Zapp (2011) stellen zudem dar, dass ein Herauslösen der Betroffenen aus dem familiären Kontext meist unmöglich oder mit enormen schmerzhaften Verlusten verbunden wäre.

Insbesondere im Umgang mit für sie/ihm fremd anmutenden Entscheidungen sollte die/der BehandlerIn deshalb darauf bedacht sein, ihre/ seinen eigenen Bezugsrahmen und dessen Ableitungen sorgfältig davon zu trennen, was für die/ den Betroffenen unter Einbeziehung dessen Hintergrunds gewinnversprechend ist. In dem dargestellten Beispiel könnte ein vorschnelles Drängen der/des TherapeutIn, eine autonome Entscheidung zu treffen, für die/den Betroffenen unter Umständen den irreversiblen Bruch mit ihrer/seiner Familie und damit das soziale Vakuum bedeuten (Rezapour & Zapp, 2011). Um solche unerwünschten Wirkungen zu vermeiden, sollten die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auch bei der therapeutischen Zieldefinition berücksichtigt werden (Rodewig, 2002): So sind viele Betroffene aus kollektivistischen Gesellschaften mit der Aufgabe überfordert oder nicht völlig einverstanden damit, Konflikte zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Regeln zu Gunsten der Individuation zu lösen.

Die Familie sollte man auch deshalb in den therapeutischen Prozess integrieren, da sonst die Gefahr droht, dass eine notwendige Psychotherapie von Angehörigen aufgrund von religi-

ösen Befürchtungen boykottiert wird (Rüschhoff & Laabdallaoui, 2009). Das verdeutlicht zudem, dass ebenfalls die Ängste und Sorgen von Familienmitgliedern zu Beginn einer Psychotherapie berücksichtigt werden sollten (Skutta, 2002). Für ein Gespräch mit Angehörigen können die unter 5.1.1 dargestellten Aspekte hilfreich sein. Insofern der Einzelfall dies zulässt, kann die/der westliche TherapeutIn auch eine weitere Möglichkeit nutzen, nicht den Argwohn der Angehörigen auf sich zu ziehen. So kann der großen Bedeutung der Familie für den Betroffenen in Form von zusätzlichen Fremdanamnesen Rechnung getragen werden (Haasen & Yagdiran, 2002). Diese können dazu beitragen, dass sich auch die Angehörigen als respektiert, gehört und gewürdigt wahrnehmen. Durch den Beitrag, den sie selbst zu der Therapie leisten, kann zudem erhofft werden, dass sie eine positivere Einstellung dieser gegenüber entwickeln.

Religiöser Kollektivismus

Neben der kollektivistischen Prägung der Persönlichkeitsentwicklung, die bei den arabischen Völkern noch auf die Beduinen-Tradition zurückgeht, legen auch islamische Glaubensinhalte eine Orientierung zugunsten der Gruppe nahe (Rezapour & Zapp, 2011). So ist die islamische Gemeinschaft dazu verpflichtet, die/den Kranke/n körperlich und seelisch zu unterstützen (Masri & Walter, 2013): Ruhe, Geduld und gutes Zureden sollen zur Stabilität der/des Betroffenen beitragen und körperliches sowie seelisches Leid, Zweifel oder Verwirrung mildern oder beseitigen. Masri and Walter (2013) betonen dabei, dass die Heilung letztlich von Gott kommt und dazu nichts von den sich sorgenden Menschen beigetragen werden kann. Direkte Kritik üben sie damit an Wunn (2006), die Heilung in islamischen Gesellschaften als kollektive Angelegenheit bezeichnet, welcher sich kein Mitglied der sozialen Gruppe entziehen sollte. Die Unterstützung von Familie und Bekannten äußert sich zumeist in häufigen Krankenbesuchen, die der/dem Betroffenen ihren/seinen Wert für die Gemeinschaft verdeutlichen sollen (Wunn, 2006). Auch dafür gibt es aus dem Islam abgeleitete Empfehlungen, die nach Möglichkeit bei dem Aufeinandertreffen mit kranken Menschen berücksichtigt werden sollten. So empfiehlt es sich, im Rahmen des Krankenbesuchs Getränke und Speisen, die die/der Betroffene gerne zu sich nimmt, mitzubringen, wohingegen es vermieden werden sollte, über belastende Themen zu sprechen (Masri & Walter, 2013). Um die/den Kranke/n nicht unnötig zu belasten, wird zudem geraten, leise zu sprechen und nur kurz zu bleiben (Rüschhoff & Laabdallaoui, 2009).

Auch, wenn all diese Vorschriften eingehalten werden, werden den Betroffenen die häufigen Besuche manchmal zu viel. Wie Rüschhoff and Laabdallaoui (2009) erläutern, könnte allerdings ein von der erkrankten Person ausgesprochenes Besuchsverbot für bestimmte

Freunde oder Familienmitglieder als sehr kränkend empfunden werden. Deshalb zögern viele Betroffene, sich kritisch zu ihren vielen Besuchern zu äußern. Um die Erkrankten ausreichend zu schützen und ihnen gleichzeitig vor grundlegenden Konflikten mit ihrer Familie zu bewahren, kann es somit in Absprache mit der/dem Betroffenen sinnvoll sein, wenn die/der ÄrztIn oder TherapeutIn eine Empfehlung zur Einschränkung des Besuches ausspricht.

Wie bereits dargestellt, können traditionelle Vorstellungen über die Entstehung und Behandlung psychischer Krankheiten eine ablehnende Einstellung der Betroffenen oder deren Angehörigen hinsichtlich Psychotherapie befördern. Deshalb stellt sich die Frage, ob und inwiefern diese Überzeugungen in westliche Therapie integriert werden können.

7.1.3 Integration volkstümlicher Krankheitsvorstellungen in moderne Psychotherapie Psychotherapie innerhalb des traditionellen Überzeugungssystems

Da viele muslimische Menschen und damit auch Geflohene aus dem arabischen Raum auch heute an dem Glaube an die *Djinnen* und den *Bösen Blick* festhalten, wäre es ein großer Fehler, die Existenz und Bedeutung dieser Annahmen im Rahmen von westlichen Psychotherapien zu ignorieren oder vorschnell als Aberglauben abzuwerten. Daher erscheint es notwendig zu prüfen, ob und inwiefern Psychotherapie auch innerhalb des volkstümlichen Überzeugungssystems gestaltet werden kann.

Eine wichtige Grundlage für eine therapeutische Beziehung kann dadurch gelegt werden, dass die/der TherapeutIn vermittelt, die Erklärung von Flashbacks als akuten starken Einfluss eines bösen Geistes im Körper der/ des Betroffenen zu kennen (Brick & Weber, 2004). Diese Mechanismen können offen in Gesprächen mit muslimischen KlientInnen thematisiert werden, da heute nicht mehr die Meinung vorherrscht, dass es gefährlich ist, über die *Djinnen* zu sprechen (Karabila, 1995). Durch die Initiative der/des TherapeutIn, über die traditionellen Erklärungen zu sprechen, können auch große Bedenken der Betroffenen verringert werden. Nach Rüschoff (2013) wissen muslimische KlientInnen, dass in Deutschland der Glaube an *Djinnen* oder Magie häufig als Aberglaube oder unaufgeklärtes Denken bewertet wird und scheuen sich deshalb, ihrer/m TherapeutIn davon zu berichten.

Auch hinsichtlich des westlichen Therapieverständnisses kann die frühe Einbeziehung volkstümlicher Überzeugungen sinnvoll sein. So öffnen sich die Betroffenen auch stärker gegenüber den Erklärungsansätzen und Angeboten der/des westlichen TherapeutIn, wenn sie wahrnehmen, dass diese/ dieser ernsthaft an ihrer Krankheitsdeutung interessiert ist (Khalifa & Hardie, 2005).

Im Rahmen dieses Prozesses sollte man auch die Bedeutung der traditionellen Annahmen würdigen. So kommt diesen die gleiche Funktionsweise wie subjektiven Krankheitstheorien westlicher KlientInnen zu: Sie erfüllen eine Orientierungsfunktion und dienen damit dazu, die Bedrohung durch eine Krankheit zu reduzieren (Rüschhoff, 2013). Durch deren Beitrag, ein unbegreifliches Krankheitsgeschehen erklärbar zu machen, tragen die volkstümlichen Erklärungen auch zu einer Wiederherstellung der Würde der/des Betroffenen bei (Brick & Weber, 2004).

Eine weitere Funktion dieser Erklärungsmuster besteht darin, mögliche Schuldgefühle bei Betroffenen mit psychischen Krankheiten zu reduzieren, was diesen einen offeneren Umgang mit Problemen ermöglicht (Fartacek, 2010): So wird die Ursache für die Beschwerden weniger im eigenen Verhalten als in den bis zu einem gewissen Grade willkürlich handelnden *Djinnen* gesehen. Auch für eine Erkrankung durch den Einsatz des *Bösen Blickes* wird die/der Betroffene nicht unmittelbar selbst verantwortlich gemacht. Die Externalisierung psychischer Konflikte stellt somit für viele Betroffene eines der zentralen Elemente der Krankheitsbewältigung dar (Rüschhoff, 2013). Eine übermäßige Ausprägung ausschließlich externer Ursachenzuschreibung könnte allerdings den Aufbau von Veränderungsmotivation behindern.

Traditionelle Annahmen und moderne Psychotherapie schließen sich dabei nicht gegenseitig aus, denn auch innerhalb des volkstümlichen Überzeugungssystems können therapeutische Interventionen wirksam werden. So ist es beispielsweise für die Erleichterung verschaffende Wirkung von Psychopharmaka irrelevant, ob die/der Betroffene/r diese einnimmt, um einen bösen Geist im Inneren ihres/seines Körpers zu bekämpfen oder um eine psychotische oder depressive Wahrnehmung zu verändern (Khalifa & Hardie, 2005). Diese Haltung kann auch auf weitere therapeutische Verfahren übertragen werden. Stimmungstagebücher können der/dem Betroffenen auch helfen, den vermuteten Einfluss des Geistes selbst besser überwachen zu lernen. Werden nach einiger Zeit gewisse Kontingenzen im Affektverlauf festgestellt, können davon Ressourcen abgeleitet werden, sodass der Einfluss des *Djinn* oder des *Bösen Blickes* allmählich zurück gedrängt werden kann. Auch Expositionsverfahren der Verhaltenstherapie können unter der Annahme durchgeführt werden, nach und nach eine Konfrontation mit dem Geist herbeizuführen und diesen schließlich – ähnlich wie bei einer erfolgreichen Austreibung – zu besiegen.

Wird Psychotherapie so gestaltet, kann sie selbst Züge einer Behandlung wie durch einen traditionellen oder religiösen Heiler annehmen. Meistens jedoch sehen sich die TherapeutInnen damit konfrontiert, dass ihre muslimischen KlientInnen zusätzlich zu ihnen einen solchen Heiler aufsuchen. Bei Geflohenen kann eine andere Situation vorliegen, wenn sie noch gar

keinen Kontakt zur lokalen muslimischen Gemeinde aufgenommen haben. Sollte es der Wunsch der/des Geflohenen sein, kann es für diesen auch Entlastung und Anschluss an die Bevölkerung bedeuten, wenn beispielsweise ein Pate ihm hilft, mit Muslimen vor Ort in Kontakt zu treten. Wenn dies bereits erfolgt ist, kann angenommen werden, dass sich auch einige muslimische Geflohene an einen traditionellen Heiler in Deutschland wenden. Damit ergibt sich für westliche PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen die Notwendigkeit, sich hinsichtlich deren Therapie zu positionieren.

Kooperation mit traditionellen Heilern

Von Überlegungen der Zusammenarbeit bis zur völligen Ablehnung weisen PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen in Deutschland eine große Einstellungsvielfalt in Bezug auf die traditionellen Heiler auf (Rüschhoff & Laabdallaoui, 2009). Assion (2004) unterscheidet drei grundsätzliche Positionen: Ablehnung, Toleranz und Kooperation. Koptagel-Ilal (1986) hält eine Zusammenarbeit mit einem volksmedizinischen Heilern für inakzeptabel, da sie in deren Methoden ausschließlich längst überkommene Verfahren sieht, denen keine Aufmerksamkeit mehr geschenkt werden sollte. Beobachtungen von Schäden, die KlientInnen durch traditionelle Therapieversuche zugefügt wurden, und weder durch Medikamente noch durch andere Therapieformen aufgefangen werden konnten, stützen die ablehnende Haltung (Kartal, 1990). Bei psychotischen Menschen konnte gezeigt werden, dass es durch eine parallele Behandlung eines traditionellen *Hoca* zu einer Verschlechterung der Symptome kommen kann (Röder & Opalic, 1986). Zimmermann und Petrykowski (1983) hingegen plädieren für eine pragmatische Haltung der Toleranz gegenüber traditionellen Heilern, insofern diese nicht die Erfolge westlicher Behandlungen gefährden. Auch Pfeiffer (1994) empfiehlt eine offene Haltung in der Meinung, dass eine Kooperation mit muslimischen Geistlichen für die Therapie durchaus möglich sei. Favazza and Oman (1978) stellen die gegenseitige Anerkennung der Kenntnisse und Fähigkeiten durch die/den westlichen BehandlerIn und den traditionellen Heiler in den Vordergrund und argumentieren, dass es bei bestimmten KlientInnen sinnvoll sein kann, mit dem Heiler zusammen zu arbeiten oder zumindest einige Aspekte in die eigene Therapie zu integrieren.

Unabhängig von der Ausprägung der eigenen Haltung ist es ratsam, die/den Betroffene/n bereits bei der Anamnese nach einer parallel bestehenden Behandlung durch einen religiösen oder traditionellen Heiler zu befragen (Rüschhoff & Laabdallaoui, 2009). So kann vermieden werden, dass die/der TherapeutIn lange Zeit nichts von dem Heiler weiß, dessen Behandlung evtl. so konträr sein könnte, dass sie der Psychotherapie beständig entgegenwirkt. Insofern eine zeitgleiche Behandlung der/des Betroffenen durch einen volksmedizinischen Heiler zu-

mindest toleriert wird, sollte die Kommunizierbarkeit der mit diesem gemachten Erfahrungen in der Psychotherapie sichergestellt werden, um frühzeitig ungewollte Einflüsse identifizieren zu können (Rüschhoff, 2013). Um für sich selbst und den Einzelfall eine adäquate Lösung zu finden, empfiehlt sich das differenzierte Abwägen von möglichen Chancen und Risiken für die/ den Betroffenen (Rüschhoff & Laabdallaoui, 2009). Obgleich durch eine Kooperation neue Möglichkeiten entstehen können, gibt es auch klare Grenzen für die Zusammenarbeit. Liegt eine offensichtliche Gefährdung für die/den KlientIn vor, sollten sich westliche BehandlerInnen klar gegen eine traditionelle Behandlung aussprechen und eine Kooperation ablehnen. Dies kann der Fall sein, wenn im Rahmen der Geisteraustreibung massive Gewalt angewandt wird. 2007 gab es in Düsseldorf den Fall, dass eine muslimische Frau durch die Behandlung eines Imam starb, der sie gegen den Willen des Ehemanns dazu zwang, mehrere Liter Salzwasser zu trinken (Rüschhoff & Laabdallaoui, 2009). Wie unter 4.3.2 dargestellt, verwenden einige Heiler im Kampf gegen die *Djinnen* auch Schlagstöcke, mit denen sie – im Glauben, den Geist damit zu verletzen – auf die Extremitäten der Erkrankten einschlagen. Die Körperverletzung der Betroffenen ist natürlich zu keinem Zeitpunkt der Therapie zu tolerieren. Zudem kann eine parallele Behandlung problematisch sein, wenn der Heiler die Einnahme wichtiger Medikamente verhindert (Rüschhoff, 2013).

Weniger problematisch und dennoch Bestandteil des kulturellen Hintergrunds von muslimischen Geflohenen aus dem arabischen Raum ist die dort schon sehr lange verwurzelte narrative Tradition des Orients.

7.2 Bilder, Mythen und Symbole in der Psychotherapie mit muslimischen Geflohenen

Viele Menschen aus arabischen Gesellschaften sind es gewöhnt, auf der Straße Geschichtenerzählern zuzuhören und anschließend über die Bedeutung der Erzählung nachzudenken. Deshalb bietet es sich an, die symbolische Anschaulichkeit altorientalischer Geschichten auch in der Psychotherapie mit Geflohenen zu nutzen. Diese sind über Religionsgrenzen hinweg gewinnversprechend. Eine weitere Möglichkeit, Psychotherapie im Rahmen des kulturellen Hintergrunds mit muslimischen Betroffenen zu gestalten, kann es ein, auch den Koran als therapeutischen Ratgeber heranzuziehen.

Altorientalische Geschichten in der Psychotherapie

Diese Geschichten in die Psychotherapie zu integrieren, erscheint auch deshalb sinnvoll, da eine Vielzahl orientalischer Mythologien und Fabeln zwischenmenschliche Konflikte und Missverständnisse thematisiert (Peseschkian, 2014). Klinische Erfahrungen zeigen, dass Menschen zu Märchen aus ihrer eigenen Kultur meist einen guten Zugang finden (Erim, 2009e).

Rezapour and Zapp (2011) sind zudem der Meinung, dass muslimische KlientInnen besonders empfänglich für Mythologie, Metaphorik und Symbolik sind. Dies unterstreicht die Befragung muslimischer Patienten, die die Verwendung von Bildern, Symbolen und Mythen hilfreich für die TherapeutIn-Betroffene/r-Kommunikation fanden (Rezapour, 2008). Der deutsch-iranische Psychiater und Psychotherapeut Nossrat Peseschkian sieht in der altorientalischen Tradition der Geschichtenerzähler auch viele psychologische Elemente. So ist er der Meinung, dass die Erzählungen neben ihrer Unterhaltungsfunktion auch Identifikationspotential und Lebenshilfe für die Zuhörer enthalten, sodass die narrative Tradition als eine Volkspsychotherapie bezeichnet werden kann (Peseschkian, 1993). Innerhalb dieser kollektiven Lebenshilfe bieten die Mythologien und Fabeln zudem die Möglichkeit, den Menschen Wertvorstellungen, moralische Auffassungen und Verhaltensmodelle aufzuzeigen (Peseschkian, 2014). Nach Erim (2009e) ist der Einsatz von narrativen Elementen in der interkulturellen Psychotherapie mit muslimischen KlientInnen auch deshalb hilfreich, weil diese Hinweise auf kulturtypische Lösungen aus den Heimatländern enthalten. Die Arbeit an Mythen, Fabeln oder Märchen aus dem eigenen Kulturkreis kann die KlientInnen damit auch wieder auf die dort verankerten traditionellen Lösungsstrategien aufmerksam machen und darin enthaltene Ressourcen aktivieren (Erim, 2009e). Gleichmaßen können die Geschichten auch als transkulturelle Vermittler wirken (Peseschkian, 2014): Sie werden zu Repräsentanten von Kulturen, die es ermöglichen, durch die Auseinandersetzung mit anderen Denkmodellen eigene Konzepte, Werte und Konfliktlösungen zu ergänzen. Zudem können orientalische Erzählungen in der Psychotherapie insbesondere westliche TherapeutInnen mit Problemlöseprozessen der anderen Kultur vertraut machen und damit den Abbau emotionaler Schranken gegenüber fremden Denk- und Handlungsweisen fördern (Peseschkian, 2014). Um einen besseren Einblick in die Gestaltung der Geschichten und deren therapeutische Nutzbarkeit geben zu können, wird an dieser Stelle die bereits in einem früheren Teil der Arbeit (4.1.1) erwähnte Geschichte wiedergeben:

Leichte Heilung

Der Neffe des Herrschers Ghabus-Woschmgir war schwer erkrankt. Alle Ärzte des Landes hatten bereits die Hoffnung aufgegeben. Die Medikamente hatten keine Wirkung. Da die Ärzte nicht weiter kamen, war der Herrscher damit einverstanden, dass Avicenna, damals ein junger Mann von sechzehn Jahren, die Behandlung übernahm. Als Avicenna den Palast betrat, waren alle über seinen Mut erstaunt, dem Erkrankten helfen zu wollen, wo doch alle gelehrten Hakim des Landes ihre Ratlosigkeit eingestehen mussten.

Avicenna sah den Kranken, einen blassen jungen Mann, auf dem Lager hingestreckt. Auf ärztliche Fragen gab der Kranke keine Antwort und die Verwandten berichteten, dass er schon seit einiger Zeit kein Wort mehr sage. Avicenna griff an den Puls des Kranken und hielt dessen Hand längere Zeit. Schließlich hob er bedächtig den

Kopf und sagte: „Dieser junge Mann muss anders behandelt werden. Dazu brauche ich jemanden, der sich in der Stadt gut auskennt, der alle Straßen und Gassen kennt, alle Häuser und alle Menschen, die in ihnen wohnen.“ Alle wunderten sich und fragten: „Was hat die Heilung des Kranken mit den Gassen unserer Stadt zu tun?“ Trotz ihres Zweifels gehorchten sie Avicennas Befehl und ließen einen Mann kommen, von dem es hieß, er kenne die Stadt wie seine eigenen Taschen. Ihn bat Avicenna: „Nenne mir alle Viertel der Stadt!“ Dabei griff er nach dem Puls des Patienten.

Als ein bestimmtes Viertel genannt wurde, fühlte Avicenna, dass sich der Puls plötzlich beschleunigte. Daraufhin ließ er alle Straßennamen dieses Viertels nennen, bis bei einem Straßennamen der Puls des Kranken erneut aufgeregter zu pochen begann. Jetzt verlangte Avicenna, dass alle Gassen dieser Straße genannt würden. Der Kundige nannte die Gassen, eine nach der anderen, als plötzlich der Name einer kleinen, wenig bekannten Gasse die Erregung des Kranken sprungartig steigerte. Zufrieden befahl Avicenna: „Holt mir einen Mann, der alle Häuser dieser Gasse samt ihren Bewohnern nennen kann!“ Ihn wies Avicenna an, alle Häuser dieser Gasse aufzuzählen und der Puls des Kranken verriet welches das richtige sei.

Als der Helfer zu den Namen der Hausbewohner kam, nannte er auch den Namen eines Mädchens. Mit einem Schlag begann der Puls des Patienten zu rasen. Avicenna bemerkte: „Sehr gut, alles ist klar. Ich kenne jetzt die Krankheit des jungen Mannes und die Heilung ist leicht.“ Er stand auf und sprach zu den Anwesenden, die ihn staunend anstarrten: „Dieser junge Mann leidet unter der Liebeskrankheit. Seine Beschwerden des Leibes haben darin ihre Wurzel. Er ist verliebt in das Mädchen, dessen Namen ihr hörtet. Geht, holt das Mädchen und werbt es als Braut!“

Der Patient, der mit größter Erregung und Aufmerksamkeit den Worten Avicennas gefolgt war, wurde rot bis über beide Ohren und versteckte sich verschämt unter der Bettdecke. Der Herrscher machte das Mädchen zur Braut seines Neffen, der von dieser Stunde an genas (zitiert nach Peseschkian, 1982, S. 1).

Diese oder anderen Geschichten könnte man zusammen in der Therapie lesen und versuchen, deren Botschaft herauszufinden sowie diese auf die Situation der/des Betroffenen zu übertragen. So bringt hier Avicennas Idee, die Stadtbezirke auf ihre psychosomatische funktionelle Bedeutung zu überprüfen, die Heilung der Schwermut und des Herzasens des jungen Mannes (Peseschkian, 1993). Da das psychische Phänomen der Liebe entscheidend für die körperlichen Leiden des jungen Adligen ist, kann die Geschichte der leichten Heilung dafür genutzt werden, um mit den KlientInnen über mögliche psychosomatische Zusammenhänge zu sprechen. Wie die Liebe des jungen Mannes seine Krankheit verursacht, könnte auch bei der/dem Geflohenen Zusammenhang zwischen seinen Emotionen und dem körperlichen Befinden bestehen.

Die Bedeutung dessen, über psychische Ursachen von Beschwerden in der Therapie sprechen zu können, wird vor der unter 3.1.2 diskutierten vermuteten Tendenz zur Somatisierung bei muslimischen Betroffenen deutlich. Ein großer Vorteil von Geschichten in der Psychotherapie ist es, dass diese für Laien weniger abstrakt wirken als psychotherapeutische Konzepte und damit dazu beitragen können, eine Brücke zu den Betroffenen zu schlagen (Pe-

seschkian, 1999). Auch haben Fabeln und Erzählungen einen stärker symbolisch-metaphorischen Charakter, wohingegen die Arbeit an der eigenen Lebensgeschichte stets stärker konfrontativ ist. (Peseschkian, 1999). Rezapour and Zapp (2011) geben in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass eine allzu plumpe personenbezogene Enttarnung zu Abwehrreaktionen der Betroffenen führen kann. Geschichten hingegen können Bezüge zu intra- und interpersonellen Problemen und deren Lösungsmöglichkeiten unabhängig von der individuellen Erfahrungswelt der/des Geflohenen aufzeigen. Volks- und Spruchweisheiten tragen damit zu einer Entpersonalisierung des Problems bei, ohne dieses aus den Augen zu verlieren (Rezapour & Zapp, 2011). Dies kann insofern entlastend sein, da sich die/der Betroffene/r nicht in einer beständigen Rechtfertigungspflicht sieht und offener über alternative Lösungsmöglichkeiten nachdenken kann. Positiv auf die therapeutische Beziehung kann sich zudem das Signal an die/den Betroffenen auswirken, sich ausreichend mit dessen kulturellen Besonderheiten auseinandersetzen zu wollen (Erim, 2009e). Diese Botschaft kann auch dadurch vermittelt werden, dass der Koran in die Psychotherapie gläubiger muslimischer Geflohener einbezogen wird.

Der Koran in der Psychotherapie

Gläubige Muslime sind der Auffassung, dass allein die Lektüre des Korans den Leser bereits an göttlicher Segenskraft teilhaben lässt (Sündermann, 2006). Deshalb kann es sinnvoll sein, den Koran in die psychotherapeutische Behandlung zu integrieren, da in dieser somit auch die vermutete göttliche Segenskraft ihre Wirkung entfalten könnte. Um einzelne Stellen des Korans nutzen zu können, ist es dabei für westliche PsychotherapeutInnen nicht erforderlich, die religiöse Schrift Sure um Sure durchzuarbeiten und genau zu kennen (Rezapour, 2008). Rezapour and Zapp (2011) stellen mögliche Anwendungsfelder des Korans in der Therapie dar, wovon die Anwendbarkeit auf Konflikte zwischen den Geschlechtern exemplarisch aufgezeigt werden soll:

So kann der Einbezug des Korans nützlich sein, indem er Wege aus dem Dilemma zwischen kollektivistischer Kultur und Individualisierungstendenzen aufzeigt. Um das Recht auch der Frau auf Bildung zu unterstreichen, kann der erste Vers des Korans herangezogen werden. Dieser fordert die Gläubigen dazu auf, sich der Lektüre und Bildung im Sinne intellektueller Aktivität zu widmen. Auch das Leben des Propheten kann zu einem gleichberechtigteren Umgang von Mann und Frau ermutigen. Aisha, dessen jüngste Frau, war in den traditionellen Männerdomänen Politik, Religion und Kriegsführung sehr aktiv. Auch Mohammeds erste Frau, Khadija, war eine erfolgreiche Geschäftsfrau (vgl. Rezapour und Zapp, S. 81).

Selbst wenn die/der TherapeutIn selbst keine passende Koranstelle für die Therapie findet, kann dieser durch die/den Betroffene/n einbezogen werden. Deren/ dessen Selbstheilungskräfte können dadurch stärker aktiviert werden, dass sie/er sich selbst eine Koransure aussucht, die in der Therapie gemeinsam bearbeitet wird (Eminli, 2009). Die Auseinandersetzung mit dem Koran während des therapeutischen Prozesses kann auch deshalb für die Betroffenen gewinnbringend sein, da viele Muslime dem Lesen im Koran eine beruhigende und entspannende Wirkung zuschreiben, die einen beträchtlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung ihres Wohlbefindens leistet (Sündermann, 2006). Obwohl die Arbeit mit religiösen Inhalten bei einigen Betroffenen also großes Potential birgt, sollte der Koran nicht als Patentrezept für den Umgang mit allen muslimischen KlientInnen betrachtet werden (Rezapour & Zapp, 2011). Bevor man Elemente des Glaubens in die Therapie einführt, sollte dies zunächst abgesprochen werden. Zudem warnen Rezapour and Zapp (2011) davor, bei zu starker Fokussierung auf religiöse Bewältigungsstrategien passiven Determinismus zu induzieren, da der Koran von den Gläubigen Unterwerfung unter das Schicksal fordert (4.2.1). In einer extremen Auslegung durch die/den Betroffenen könnte dies dazu führen, dass er die Psychotherapie abbricht und sich ihrem/ seinem Leiden fügt.

8. Fazit und Ausblick

Hinsichtlich der dreiteiligen Fragestellung kann folgendes Fazit gezogen werden:

Fragestellung 1: Kulturelle Faktoren prägen das Verständnis psychischer Krankheiten von Menschen sowohl aus dem westlichen als auch dem arabischen Kulturkreis. Wichtig sind dabei zur Erklärung von Krankheiten aufgestellte Modelle und die subjektiven Krankheitstheorien der Menschen aus beiden Kulturkreisen. Der Krankheitsbegriff der westlichen Welt wird u. a. von der Biomedizin, dem biopsychosozialen Gesundheitsbegriff und salutogenetischen Überlegungen beeinflusst. Auf das Krankheitsverständnis der arabischen Welt wirken sich auch heute noch historische Modelle der alten arabischen Medizin und der Prophetenmedizin aus. Im Vergleich zu dem westlichen Verständnis haben religiöse Aspekte einen sehr großen Einfluss auf das arabisch-muslimische Krankheitsverständnis. Insbesondere die Prophetenmedizin ist auch heute noch für den religiösen Umgang muslimischer Menschen mit Krankheit von zentraler Bedeutung. Bei muslimischen Menschen aus dem arabischen Raum besteht zudem häufig auch ein magisch orientierter Volksglaube. Dieser stellt insbesondere die Rolle der *Djinnen* und des *Bösen Blickes* für die Entstehung psychischer Krankheiten in den Vordergrund. Kulturelle Erklärungsmuster führen zu direkten Konsequenzen für den

Umgang mit psychischen Störungen. So hat die religiöse Krankheitsbewältigung für gläubige Muslime einen zentralen Stellenwert. Auch ist das Aufsuchen traditioneller Heiler bei psychischen Krankheiten im Mittleren Osten verbreitet.

Fragestellung 2: Aufgrund der unterschiedlichen Konzepte von psychischer Krankheit kann es bei einigen Punkten zu Problemen und Missverständnissen zwischen muslimischen Geflohenen und westlichen BehandlerInnen kommen. Menschen aus den arabischen Ländern haben oft Probleme damit, die Körper-Geist-Trennung der westlichen Medizin zu verstehen, da sie von einem ganzheitlichen Krankheits- und Gesundheitsbegriff ausgehen, der gleichermaßen Körper und Psyche umfasst. Daraus ergibt sich auch die unter westlichen BehandlerInnen häufig diskutierte Frage, ob bei diesen Betroffenen eine besondere Somatisierungsneigung besteht. Diese ohne weitere Reflektion anzunehmen, kann Chancen für die weitere Therapie verschließen. Muslimische KlientInnen äußern zudem häufig religiöse Befürchtungen hinsichtlich Psychotherapie. Bei den uns erreichenden Geflohenen stehen insbesondere Traumatisierungen als häufige psychische Erkrankung im Vordergrund. Da sie soziale und politische Faktoren nicht ausreichend berücksichtigt, ist die Anwendung der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörungen auf Geflohene nicht geeignet. Zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren sowohl in den Heimatländern als auch in den aufnehmenden Ländern machen die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Auseinandersetzung mit psychisch geschädigten Geflohenen deutlich.

Fragestellung 3: Im Rahmen der Therapiegestaltung sollten die Erwartungen der Geflohenen an BehandlerIn-Betroffene/r-Beziehung exploriert und berücksichtigt werden, um den Aufbau einer tragfähigen Beziehung zu ermöglichen. Aus den kulturell unterschiedlichen Konzeptionen ergeben sich bedeutende Implikationen für das Selbstverständnis westlicher PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen. Beispielsweise wünschen sich Betroffene aus dem arabischen Raum häufig ein direktives Vorgehen der/des TherapeutIn. Diese/r sollte grundsätzlich eine offene Haltung gegenüber ihr/ihm unbekanntem Erlebens- und Verhaltensmustern aus anderen Kulturen signalisieren. Dazu gehört auch, die stärker kollektivistische Orientierung der arabischen Gesellschaften zu berücksichtigen. Sofern die Familie der/des Geflohenen auch in Deutschland ist und deren Einbezug für diesen gewinnbringend erscheint, könne die Angehörigen stärker in den therapeutischen Prozess integriert werden. Da bei vielen Betroffenen volkstümliche Krankheitsüberzeugungen verwurzelt sind, kann es sinnvoll sein, diese in moderne westliche Psychotherapie zu integrieren. Für den Einzelfall kann es zudem nötig sein, zu prüfen, ob eine Kooperation mit einem traditionellen Heiler möglich erscheint. Ebenfalls aus dem Kulturkreis der Betroffenen stammen die orientalischen Geschichten, die gut für

die Psychotherapie mit Geflohenen genutzt werden können. Bei gläubigen KlientInnen kann auch ein Einbezug des Korans in die Therapie erwogen werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen dazu dienen, die Krankheitskonzepte von muslimischen Geflohenen vor ihrem kulturellen Hintergrund besser zu verstehen, was ein entscheidender Faktor für die interkulturelle Psychotherapie sein kann. Für diese zeigt die Arbeit wichtige Implikationen auf, die als Leitfaden für die Gestaltung einer Therapie mit muslimischen Geflohenen herangezogen werden können.

Natürlich dürfen die getroffenen Aussagen nicht gleichermaßen auf jede/n KlientIn angewandt werden. So ist auch unter muslimischen Geflohenen ein Kontinuum von streng gläubig, bildungsfern und kollektivistisch orientiert bis säkular-rational wertend, bildungsnah und individualisiert zu erwarten (Rezapour & Zapp, 2011). Deshalb ist es stets von der/dem konkreten Betroffenen und ihrem/seinem individuellen soziokulturellen Hintergrund abhängig, in welchem Ausmaß sie/er durch kulturelle und religiöse Traditionen geprägt ist.

Hinsichtlich der verwendeten Methode ist kritisch anzumerken, dass sie sich weniger auf inferenzstatistisch abgesicherte empirische Daten als auf einen deskriptiven Ansatz praktischer PsychotherapeutInnen oder GrundlagenforscherInnen der Ethnologie, Anthropologie und Islamwissenschaft stützt. Zum aktuellen Zeitpunkt erscheint die gewählte Methode allerdings noch vertretbar, da die Notwendigkeit, Geflohenen in großer Zahl kultursensible psychotherapeutische Unterstützung anzubieten, noch relativ neu ist. Deshalb ist auch zu erwarten, dass empirische Studien hinsichtlich der Therapie Geflohener verstärkt in den nächsten Jahren entstehen werden.

Da ausschließlich die Konsequenzen für moderne Psychotherapie betrachtet werden, die sich aus den differierenden Krankheitskonzeptionen ableiten lassen, konnten weitere relevante Faktoren als Einschränkungen der Arbeit nicht einbezogen werden. Dennoch können beispielsweise traditionelle Geschlechterrollen weitere Anpassungen des therapeutischen Vorgehens nötig machen. Insbesondere für Opfer von systematischer Gewalt und Verfolgung spielen zusätzlich soziale und politische Themen eine sehr viel umfassendere Rolle, welche auch in der Therapie ihren Platz einfordern. Die Auseinandersetzung mit Menschenrechtsverletzungen wirft zudem die Frage auf, ob in der therapeutischen Beziehung Neutralität aufrechterhalten werden sollte. Einen weiteren Punkt, dem es in künftiger Forschung noch mehr Aufmerksamkeit zu schenken gilt, stellt die Auswirkung des Einsatzes von Dolmetschern für den therapeutischen Prozess dar. Insbesondere vor dem Hintergrund großer Scham, ist zu vermu-

ten, dass der Zugang zu dem therapeutischen Prozess für die Betroffenen durch den Einsatz von Dolmetschern zusätzlich erschwert wird.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass Geflohene als Gruppe an Betroffenen in der Psychotherapieforschung und -entwicklung verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Bisher existiert kein Orientierung bietendes Manual, anhand welchem die Phase des Abwartens mit traumatisierten Geflohenen überbrückt werden könnte (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013). Dieses wäre auch deshalb von besonderer Bedeutung, da die Traumabearbeitung nicht begonnen werden sollte, so lange den Geflohenen noch akut die Abschiebung droht (Tumani, Ökzan, & Koller, 2002). Das aktuelle politische Geschehen lässt allerdings noch eine Verschlimmerung der psychosozialen Situation von Geflohenen befürchten. Die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (2016) wendet sich deshalb entschieden gegen die im Asylpaket II beschlossenen Grundsätze, wonach Posttraumatische Belastungsstörungen nicht zu schwerwiegenden Erkrankungen gehören, die eine Abschiebung verhindern

Die Ergebnisse der Arbeit werden auch dem Bamberger Verein „Freund statt Fremd e.V.“ vorgelegt. Damit kann eine Anpassung der Konzeption oder der Kommunikation hinsichtlich des körperpsychotherapeutisch orientierten Trainingsprogramms „Bewegt ankommen“ erfolgen. Auch außerhalb Bamberg werden die Ergebnisse meiner Arbeit PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen im Kontakt mit Geflohenen in Form des sich im Anhang befindenden Leitfadens zur Verfügung gestellt, welcher unter anderem über die TherapeutInnen und ÄrztInnen von „Freund statt Fremd e. V.“ verteilt wird. So soll es praktizierenden BehandlerInnen möglich sein, sich innerhalb kurzer Zeit einen Überblick über speziell zu beachtende Faktoren für die Psychotherapie mit muslimischen Geflohenen aus dem arabischen Raum zu verschaffen.

Literaturverzeichnis

- Abd El-Gawad, M. S. (1995). Transcultural Psychiatry in Egypt. In I. Al-Issa (Ed.), *Handbook of Culture and Mental Illness: An International Perspective* (pp. 53–65). Madison: International Universities Press.
- Abdallah-Steinkopff, B., & Soyer, J. (2013). Traumatisierte Flüchtlinge: Kultursensible Psychotherapie im politischen Spannungsfeld. In R. E. Feldman & G. H. Seidler (Eds.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (pp. 137–166). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Amanti, S. (1977). *Reflexion über Folter. Psyche* 3.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Medlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiat Clin Neurosci.* (252), 201–209.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Unraveling the Mystery of Health*. Tübingen: DGTV Verlag.
- Armstrong Tamara L., & Swartzman Leora C. (2001). Cross-Cultural Differences in Illness Models and Expectations For The Health Care Provider-Client/ Patient Interaction. In S. S. Kazarian & D. R. Evans (Eds.), *Handbook of cultural health psychology* (pp. 63–84). San Diego, Calif.: Academic Press.
- Assion, H.-J. (2004). *Traditionelle Heilpraktiken türkischer Migranten. Das transkulturelle Psychoforum: Vol. 11*. Berlin: VWB Verl. für Wiss. und Bildung.
- Assion, H.-J. (2013). Traditionelle Heilvorstellungen in muslimischen Kontexten. In H.-W. Hoefert & E. Brähler (Eds.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderung für Medizin und Psychotherapie. Literaturangaben* (pp. 307–312). Lengerich: Pabst Science Publ.
- Beck, S. (2011). Epistemische Dreiecksbeziehungen: Überlegungen zur Ko-Konstruktion von Krankheit, Individuum und Gesellschaft. In S. Dickel (Ed.), *Verkörperungen: Vol. 14. Herausforderung Biomedizin. Gesellschaftliche Deutung und soziale Praxis* (pp. 157–183). Bielefeld: Transcript.
- Becker, D. (1992). *Ohne Hass keine Versöhnung: Das Trauma der Verfolgten*. Freiburg im Breisgau: Kore Verlag.
- Becker, D. (1995). The Deficiency of the Concept of Posttraumatic Stress Disorder When Dealing with Victims of Human Rights Violations. In R. J. Kleber, C. R. Figley, & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond Trauma. Cultural and societal dynamics* (pp. 99–110). New York: Plenum Press.
- Becker, D. (2014). *Die Erfindung des Traumas: Verflochtene Geschichten* (Neuaufll. der 2. Aufl., 2006). Gießen, Lahn: Psychosozial-Verlag.
- Bettelheim, B. (1982). *Erziehung zum Überleben: Zur Psychologie der Extremsituation*. München.

- Bischof, M. (2010). *Salutogenese - unterwegs zur Gesundheit: Neue Gesundheitskonzepte und die Entfaltung einer Integrativen Medizin. Library of healing arts: Vol. 10*. Klein Jasedow: Drachen-Verl.
- Bracken, P., & Thomas, P. (2001). Postpsychiatry: a new direction for mental health. *British Medical Journal*, (322), 724–727.
- Brandmaier, M. (2013). "Ich hatte nie festen Boden unter den Füßen": Traumatisierte Flüchtlinge im Exil. In R. E. Feldman & G. H. Seidler (Eds.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (pp. 15–33). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Brick, A., & Weber, R. (2004). Behandlungszentrum für Folteropfer. In J. R. von Wogau, H. Eimmermacher, & A. Lanfranchi (Eds.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (pp. 148–161). Weinheim: Beltz.
- Brody, E. (1994). The mental health and well-being of refugees: issues and directions. In A. J. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad, & J. Orley (Eds.), *Admist, Peril and Pain* (pp. 57–69). Washington.
- Brown, C., Dunbar-Jacob, J., Palenchar, D. R., Kelleher, K. J., Bruehlman, R. D., & Sereika. (2001). Primary care patients' personal illness models for depression: a preliminary investigation. *Family Practise*, 18, 314–320. Retrieved from <http://fampra.oxfordjournals.org/content/18/3/314.short>
- Budd, R., James, D., & Hughes, I. (2008). Patients explanations for depression: A factor analytic study. *Clin Psychol Psychother*, 15, 28–37.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Aktuelle Zahlen zu Asyl: Tabellen, Diagramme, Erläuterungen.
- Bürgel, J. C. (1991). *Allmacht und Mächtigkeit: Religion und Welt im Islam*. München: Beck.
- Collatz, J. (2002). Macht Migration krank? In C. Dettmers, N.-J. Albrecht, & C. Weiller (Eds.), *Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (pp. 29–36). Bad Honnef: Hippocampus-Verl.
- Demmer-Gaite, E., & Friese, P. (2004). Interkulturelle Aufgaben in der Erziehungsberatung. In J. R. von Wogau, H. Eimmermacher, & A. Lanfranchi (Eds.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (pp. 190–204). Weinheim: Beltz.
- DPtV - Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung. (2016). *Vorstand und Deligiertenversammlung der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) kritisieren Alsypaktet II*.
- Eisler, K. (1963). Die Ermordung wie vieler seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? *Psyche*, 17, 241–291.
- Elworthy, F. (1985). *The Evil Eye: An account of this Acient and Widespread Superstition*. New Jersey: Citadel Press.
- Eminli, A. (2009). Mögliche Stolpersteine für Professionelle im Umgang mit psychisch erkrankten Migranten. In A. Eminli & J. Gräbener (Eds.), *Psychische Erkrankungen in der interkulturellen Familienhilfe. Ein Praxishandbuch* (pp. 66–108).

- Erim, Y. (2009a). Die türkische Migration in der Psychotherapie: Wie prägt der islamische Glaube das Selbst und das Körper-Selbst unserer Patientinnen? - Ein ethno-sozioanalytischer Exkurs. In Y. Erim & M. Beckmann (Eds.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch. Literaturangaben* (1st ed., pp. 213–224). Stuttgart: Kohlhammer.
- Erim, Y. (2009b). Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im Kontext der Migration. In Y. Erim & M. Beckmann (Eds.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch. Literaturangaben* (1st ed., pp. 91–101). Stuttgart: Kohlhammer.
- Erim, Y. (2009c). Psychotherapie mit Migranten - Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. In Y. Erim & M. Beckmann (Eds.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch. Literaturangaben* (1st ed., pp. 17–57). Stuttgart: Kohlhammer.
- Erim, Y. (2009d). Somatoforme Störungen im Kontext der Migration. In Y. Erim & M. Beckmann (Eds.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch. Literaturangaben* (1st ed., pp. 81–88). Stuttgart: Kohlhammer.
- Erim, Y. (2009e). Türkischstämmige Patientinnen mit masochistischen Persönlichkeitsanteilen und der Einsatz von Märchen als kultursensible Intervention. In Y. Erim & M. Beckmann (Eds.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch. Literaturangaben* (1st ed., pp. 64–76). Stuttgart: Kohlhammer.
- Erll, A., & Gymnich, M. (2007). *Interkulturelle Kompetenzen - erfolgreich kommunizieren zwischen den Kulturen* (1. Aufl.). *UNI-WISSEN : Kernkompetenzen*. Stuttgart: Klett Lernen und Wissen.
- Ete, E. (2002). Ethnomedizinische und transkulturelle Aspekte bei türkisch-stämmigen psychisch kranken Patienten in einer Schwerpunktpraxis. In T. Heise (Ed.), *Das transkulturelle Psychoforum: Vol. 5. Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (2nd ed., pp. 83–95). Berlin: VWB Verl. für Wiss. und Bildung.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie* (1. Aufl.). *Grundriss der Psychologie: Vol. 21*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fartacek, G. (2002). Begegnungen mit Ginn: Lokale Konzeptionen über Geister und Dämonen in der syrischen Peripherie. *Anthropos*, 97(2), 469–486.
- Fartacek, G. (2010). *Unheil durch Dämonen?: Geschichten und Diskurse über das Wirken der Ginn ; eine sozialanthropologische Spurensuche in Syrien*. Wien: Böhlau.
- Favazza, A. R., & Oman, N. M. (1978). Foundations of cultural psychiatry. *Am J Psychiat.* (135), 193–303.
- Filipp, S.-H. (1990). Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand. In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (pp. 247–263). Göttingen: Hogrefe.
- Fisek, G. O. (1998). Auswirkungen der Migration auf die Familienstruktur und die Erfordernisse der Familientherapie: Deutsch-türkische Erfahrungen. In F. Koch, M. Özek, W. Pfeiffer, & R. Schepker (Eds.), *Chancen und Risiken von Migration: deutsch-türkische Perspektiven* (pp. 102–115). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Flubacher, P. (2004). Ein Patient ausländischer Herkunft beim Hausarzt. In J. R. von Wogau, H. Eimmermacher, & A. Lanfranchi (Eds.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (pp. 137–147). Weinheim: Beltz.

- Frank, U., Belz-Merk, M., Bengel, J., & Strittmacher, R. (1998). Subjektive Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener. In U. Flick (Ed.), *Gesundheitsforschung. Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (pp. 57–70). Weinheim, München: Juventa-Verl.
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Furnham, A., Kirkaldy, B., & Siefen, G. (2013). Subjektive Konzepte von psychischer und psychosomatischer Gesundheit - aus der Perspektive englischsprachiger Literatur. In H.-W. Hoefert & E. Brähler (Eds.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderung für Medizin und Psychotherapie. Literaturangaben* (pp. 161–180). Lengerich: Pabst Science Publ.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12–20.
- Gatchel, R., Peng, Y., Fuchs, p., & Turk, D. (2007). The biopsychological approach to chronic pain:: scientific advances and future direction. *Psychol Bull.* (133), 524–581.
- Gavrandiou, M., & Abdallah-Steinkopff, B. (2008). Psychotherapeutische Arbeit mit Migranten: Alles anders oder alles gleich? *Forum für Gestalttherapie*, 22(2), 93–106.
- Gissendanner, S. S., Callies, I. T., Schmid-Ott, G., & Behrens, K. (2013). Migrantinnen und Migranten zwischen Trauma und Traumabewältigung: Implikationen aus der Migrationssoziologie und interkultureller Psychotherapie für die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungspraxis. In R. E. Feldman & G. H. Seidler (Eds.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (pp. 61–80). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Göhlich, M., Liebau, E., Leonhard, H.-W., & Zirfas, J. (2006). Transkulturalität und Pädagogik: Thesen zur Einführung. In M. Göhlich, H.-W. Leonhard, E. Liebau, & J. Zirfas (Eds.), *Beiträge zur pädagogischen Grundlagenforschung. Transkulturalität und Pädagogik. Interdisziplinäre Annäherungen an ein kulturwissenschaftliches Konzept und seine pädagogische Relevanz* (pp. 7–31). Weinheim, München: Juventa-Verl.
- Haasen, C., & Yagdiran, O. (2002). Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In C. Dettmers, N.-J. Albrecht, & C. Weiller (Eds.), *Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (pp. 151–161). Bad Honnef: Hippocampus-Verl.
- Hackensberger, A. (2014). Assads Folterkammern sind die Hölle. Retrieved from <http://www.welt.de/politik/ausland/article124384941/Assads-Folterkammern-sind-die-Hoelle.html>
- Haenel, F. (2013). Zur teilstationären Behandlung von Folter- und Bürgerkriegsüberlebenden aus anderen Kulturkreisen: Die Tagesklinik des Berliner Behandlungszentrums für Folteropfer (bzfo/CCM). In R. E. Feldman & G. H. Seidler (Eds.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (pp. 83–103). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Han, P. (2000). *Soziologie der Migration*. Stuttgart: Lucius & Lucius.

- Hegemann, T. (2004). Interkulturelle Kompetenz in der Beratung und Therapie. In J. R. von Wogau, H. Eimmermacher, & A. Lanfranchi (Eds.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (pp. 79–92). Weinheim: Beltz.
- Hegemann, T. (2011). Transkulturelle Psychiatrie. In D. Treichel & C.-H. Mayer (Eds.), *Waxmann Studium. Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen* (pp. 353–359). Münster, München: Waxmann.
- Hentschel, K. (1997). *Geister, Magier und Muslime: Dämonenwelt und Geisteraustreibung im Islam. Diederichs gelbe Reihe: 134 : Islam*. München: Diederichs.
- Herder, J. G. (1994 (1774)). Auch eine Philosophie der Bildung zur Geschichte der Menschheit. In J. G. Herder (Ed.), *Schriften zu Philosophie, Literatur, Kunst und Altertum* (pp. 1774–1787). Frankfurt am Main: Deutscher Klassiker Verlag.
- Hinz-Rommel, W. (1996). Interkulturelle Kompetenz und Qualität. *Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit*. (3 + 4), 20–24.
- Hofstede, G. (2006). *Lokales Denken, globales Handeln: Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management* (3rd ed.). München: DTV.
- Ilkic, I. (2003). Die aktuelle Biomedizin aus Sicht des Islam. In S. Schicktanz, C. Tannert, & P. Wiedemann (Eds.), *Kultur der Medizin: Vol. 9. Kulturelle Aspekte der Biomedizin. Bioethik Religionen und Alltagsperspektiven* (pp. 56–83). Frankfurt: Campus-Verl.
- Jaekel, M., & Wieser, S. (1970). *Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit*. Stuttgart: Thieme.
- Jewson, N. (1976). The disappearance of the sick man from medical cosmology. *Sociology*, 10, 225–244.
- Kammerlander, A., & Abdallah-Steinkopff, B. (2002). Refugio München: Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer. In T. Heise (Ed.), *Das transkulturelle Psychoforum: Vol. 5. Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (2nd ed., pp. 43–50). Berlin: VWB Verl. für Wiss. und Bildung.
- Karabila, A. (1995). *Die Welt der Ginn und der Heiler. Eine volkskundliche Untersuchung in der Provinz Nador (Marokko)* (Disseration). Johannes Gutenberg-Universität, Mainz.
- Kartal, R. (1990). Probleme und Besonderheiten bei der Akut- und Langzeitbehandlung türkischer Patienten. In K. Heinrich (Ed.), *Leitlinien neuroleptischer Therapie* (pp. 173–183). Berlin-Heidelberg-New York: Springer.
- Katicibasi, & Berry. (1989). Cross-cultural psychology: Current research an trends. *Annual Review of Psychology*, 40, 493–531.
- Kazarian, S. S., & Evans, D. R. (2001). Health Psychology and Culture: Embracing the 21st Century. In S. S. Kazarian & D. R. Evans (Eds.), *Handbook of cultural health psychology* (pp. 3–45). San Diego, Calif.: Academic Press.
- Keane, T. M., Kaloupek, D. G., & Weathers, F. W. (1996). Ethnocultural considerations in the assessment of PTSD. In A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. Gerrity, & R. Suerfeld (Eds.), *Ethnocultural variations of trauma and PTSD* (pp. 183–203). New York.
- Khalifa, N., & Hardie, T. (2005). Possession and jinn. *J R Soc Med*, 98, 351–353.

- Kizilhan, J. I. (2015). Religion, Kultur und Psychotherapie bei muslimischen Migranten. *Psychotherapeut*, 60(5), 426–432. doi:10.1007/s00278-015-0039-2
- Kizilhan, J. I., & Haag, G. (2011). Die Rolle der therapeutischen Beziehung bei der Behandlung türkischer Schmerzpatienten. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 88, 14–18.
- Kizilhan, J. I., Haag, G., & Bengel, J. (2011). Studie über 10 Jahre stationärer psychosomatische Rehabilitation bei türkischstämmigen Patienten: Eine prospektive Studie. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab*, 88, 14–18.
- Kleber, R. J., Figley, C. R., & Gersons, B. P. R. (1995). Introduction. In R. J. Kleber, C. R. Figley, & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond Trauma. Cultural and societal dynamics* (pp. 12–16). New York: Plenum Press.
- Kleefeldt, E., Wolff, B., & Carlo, L. de. (2016). Flüchtlinge in unserer Praxis: Informationen für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen.
- Koptagel-Ilal, G. (1986). Behandlung der eingewanderten Türken in Westeuropa. *Curare* 9, 155–160.
- Krahl, W. (1995). Social and Cultural Factors in German Psychiatry. In I. Al-Issa (Ed.), *Handbook of Culture and Mental Illness: An International Perspective* (pp. 249–269). Madison: International Universities Press.
- Krause, C. (2011). Gesundheit und Kultur. In D. Treichel & C.-H. Mayer (Eds.), *Waxmann Studium. Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen* (pp. 132–139). Münster, München: Waxmann.
- Laabdallaoui, M., & Rüschoff, S. I. (2005). *Ratgeber für Muslime bei psychischen und psychosozialen Problemen* (1. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lay, B., Lauber, C., & Rössler, W. (2005). Are immigrants in disadvantage in psychiatric inpatient care? *Acta Psychiatrica Scand*, 111, 358–366.
- Leventhal, H. E., Brissette, L., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. E. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42–65). New York: Routledge.
- Lippke, S., & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Eds.), *Gesundheitspsychologie* (pp. 7–12). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Lupton, D. (2003). *Medicine as Culture: Illness disease and the body in western societies* (2. ed.). London: SAGE.
- Machleidt, W. (2002). Ethnizität und transkulturelle Phänomenologie psychischer Erkrankungen. In C. Dettmers, N.-J. Albrecht, & C. Weiller (Eds.), *Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (pp. 90–109). Bad Honnef: Hippocampus-Verl.
- Machleidt, W., & Gül, K. (2010). Kulturelle und transkulturelle Psychotherapie - Tiefenpsychologische Behandlung. In W. Machleidt & A. Heinz (Eds.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 401–413). München: Elsevier.
- Maerker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Heidelberg: Springer.

- Masri, A. N. a., & Walter, G. F. (2013). *Einblick in die traditionelle islamische Medizin*. Parallelsacht. in arab. Schr. - Literaturangaben. *Medizin: Vol. 15*. Berlin: Lit.-Verlag.
- Mayer, C.-H. (2011). Einleitung. In D. Treichel & C.-H. Mayer (Eds.), *Waxmann Studium. Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen* (pp. 15–25). Münster, München: Waxmann.
- Millenson, J. R. (1998). *Die Einheit von Körper und Seele: Die Bedeutung der Psyche in der ganzheitlichen Medizin*. Kötzing/Bayer. Wald: Verl. für Ganzheitliche Medizin Wühr.
- Miörner Wagner, A.-M., & Kuljuh, E. (1999). "Fremde Seelen? - Ausländische Patienten in der psychiatrischen Versorgung": Wahnhalte bei reaktiven Psychosen von Kriegsflüchtlingen. In W. Schöny & H. Rittmannsberger (Eds.), *Fremde Seelen? Ausländische Patienten in der psychiatrischen Versorgung* (pp. 109–122). Linz: Ed. Pro Mente.
- Morsy, S. A. (1978). Sex Differences and Folk Illness in an Egyptian Village. In Beck, Nikki (Hg.) 1978 – *Women in the Muslim World* (Ed.), *Women in the Muslim World*. Cambridge.
- Ollech, A. (2002). "Wir sind hier total aufgeschmissen!" Subjektive Krankheits-, Problem und Therapievorstellungen extremtraumatisierter Flüchtlinge im Exil. In A. Birck, C. Pross, & J. Lansen (Eds.), *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin ; Festschrift zum 10jährigen Bestehen des Behandlungszentrums für Folteropfer Berlin. Behandlungszentrum für Folteropfer / Literaturangaben* (pp. 17–29). Berlin: Springer.
- Ollech, A. (2007). *"Zerrissen irgendwo in der Welt". Subjektive Krankheits- Problem- und Therapievorstellungen extremtraumatisierter Flüchtlinge in Deutschland ; eine qualitativ-empirische Studie*. Freie Universität Berlin, Berlin.
- Özkan, I., & Belz, M. (2013). Ressorcenorientierte traumazentrierte Behandlung von Migranten. In R. E. Feldman & G. H. Seidler (Eds.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (pp. 193–220). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Pabst, A., Gerik, U., Erdag, S., & Paulsen, G. (2013). Flucht & Trauma: Ein multiprofessionelles Behandlungskonzept für psychisch erkrankte Flüchtlinge. In R. E. Feldman & G. H. Seidler (Eds.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (pp. 115–136). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Peseschkian, N. (1982). Positive Psychotherapie in der ärztlichen Praxis - Drei Einstiegsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Positive Psychotherapie*, 4(4), 3–45.
- Peseschkian, N. (1993). *Psychosomatik und positive Psychotherapie: Transkultureller und interdisziplinärer Ansatz am Beispiel von 40 Krankheitsbildern* (Ungekürzte Ausg.). /Fischer-Taschenbücher]: 11713 : *Geist und Psyche*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Peseschkian, N. (1999). Positive Psychotherapie: Ein transkultureller und interdisziplinärer Ansatz im Rahmen der Psychiatrie und Psychotherapie. In W. Schöny & H. Rittmannsberger (Eds.), *Fremde Seelen? Ausländische Patienten in der psychiatrischen Versorgung* (pp. 153–177). Linz: Ed. Pro Mente.

- Peseschkian, N. (2014). *Der Kaufmann und der Papagei: Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie ; mit Fallbeispielen zur Erziehung und Selbsthilfe* (Orig.-Ausg., 33. Aufl.). *Fischer-Taschenbücher: Vol. 3300*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Pfeiffer, W. (1991). Wodurch wird ein Gespräch therapeutisch?: Zur kulturellen Bedingtheit psychotherapeutischer Methoden. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 41, 93–101.
- Pfeiffer, W. (1994). *Transkulturelle Psychiatrie*. Stuttgart-New York: Thieme.
- Preitler, B. (2013). Psychotherapie mit schwer traumatisierten tschechischen Flüchtlingen in der "Festung Europa": Ein Praxisbericht aus Österreich. In R. E. Feldman & G. H. Seidler (Eds.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (pp. 167–180). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Quekelberghe, R. v. (1991). *Klinische Ethnopsychologie: Einführung in die transkulturelle Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger.
- Reiman, S., & Hammelstein, P. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Eds.), *Gesundheitspsychologie* (pp. 13–26). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Rezapour, H. (2008). *Psychotherapie muslimischer Patienten in Deutschland* (Dissertation). Universität Koblenz-Landau, Landau.
- Rezapour, H., & Zapp, M. (2011). *Muslimen in der Psychotherapie: Ein kultursensibler Ratgeber ; mit 4 Tabellen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Richters, A. (2001). Trauma as permanent indictment of injustice: a socio-cultural critique of DSM-III and DSM-IV. In M. Verwey (Ed.), *Trauma und Ressourcen/ Trauma und Empowerment* (pp. 53–73). Berlin: VWB- Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Röder, F., & Opalic, P. (1986). Die Bedeutung der Hodschas für die Betreuung türkischer psychiatrischer Patienten. In W. Jäde & A. Portera (Eds.), *Ausländerberatung. Kulturspezifische Ansätze in Diagnostik und Therapie* (pp. 127–137). Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Rodewig, K. (2002). Psychosomatische Rehabilitation türkeistämmiger Migranten. In C. Dettmers, N.-J. Albrecht, & C. Weiller (Eds.), *Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (pp. 204–217). Bad Honnef: Hippocampus-Verl.
- Rüschhoff, I. S. (2013). Krankheitsvorstellungen von muslimischen Patienten in der Psychotherapie. In H.-W. Hoefert & E. Brähler (Eds.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderung für Medizin und Psychotherapie. Literaturangaben* (pp. 313–322). Lengerich: Pabst Science Publ.
- Rüschhoff, I. S., & Laabdallaoui, M. (2009). *Umgang mit muslimischen Patienten* (1. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sarközi, M., Heyde, P., & Hennig, O. *Humoralpathologie: Naturwissenschaft für Querdenker*.
- Satorius, N. (1999). Die psychische Gesundheit der Flüchtlinge: Fragen und Probleme. In W. Schöny & H. Rittmannsberger (Eds.), *Fremde Seelen? Ausländische Patienten in der psychiatrischen Versorgung* (pp. 9–19). Linz: Ed. Pro Mente.

- Schäfer, H. (1982). Der Gesundheitsbegriff der WHO. *Fortschritte der Medizin*, 100(38), 1736.
- Schär Sall, H. (2002). Überlebenskunst in Übergangswelten. In D. Ninck Gbeassor, H. Schär Sall, D. Signer, D. Stutz, & E. Welti (Eds.), *Überlebenskunst in Übergangswelten. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden. Asyl-Organisation für den Kanton Zürich* (2nd ed., pp. 77–107). Berlin: Reimer.
- Schipperges, H. (1975). Arabische Medizin im lateinischen Mittelalter. In M. Ratzenhofer (Ed.), *Sitzungsberichte der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Klasse: Vol. 1975, I. Molekularpathologie* (pp. 90–189). Berlin: Springer.
- Schmid, C. (2011). *Gesund in der Krankheit?: Salutogenese als Wegweiser für neue Ansätze im psychiatrischen Versorgungssystem ; empirische Untersuchung anhand der Rekonstruktion subjektiver Gesundheitstheorien psychisch kranker Frauen*. Hamburg: Diplomica-Verl.
- Schmitz, R. (1998). *Geschichte der Pharmazie: Von den Anfängen bis zum Ausgang des Mittelalters*.
- Schwarzer, R. (1990). Gesundheitspsychologie: Einführung in das Thema. In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (pp. 3–25). Göttingen: Hogrefe.
- Skutta, S. (2002). Migrantenberatung der Beratungsstelle Wilhelmsburg: Ambulante transkulturelle Beratung und Psychotherapie für KlientInnen nicht-deutscher Herkunft. In T. Heise (Ed.), *Das transkulturelle Psychoforum: Vol. 5. Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (2nd ed., pp. 74–82). Berlin: VWB Verl. für Wiss. und Bildung.
- Spjiker, J., van der Wurff, F. B., Poort, E. C., Smits C.H.M., & Veroeff, A.P.: Beekam, A.T.F. (2004). Depression in the first generation labour migrants in Western Europe: The utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Geriatr Psychiatr*, 19, 538–544.
- Strohmaier, G. (2010). Galenismus zwischen Gottvertrauen und "prophetischer Medizin" im Islam. In G. Etzelmüller & A. Weisenrieder (Eds.), *Religion und Krankheit* (pp. 97–106). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Summerfield, D. (1995). Addressing Human Response to War and Atrocity: Major Challenges in Resarch and Practice and the Limitation of Western Psychiartic Models. In R. J. Kleber, C. R. Figley, & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond Trauma. Cultural and societal dynamics* (pp. 17–31). New York: Plenum Press.
- Sündermann, K. (2006). *Spirituelle Heiler im modernen Syrien: Berufsbild und Selbstverständnis - Wissen und Praxis* (Erstausg., 1. Aufl.). *Islamwissenschaft*. Berlin: Schiler.
- Terr, L. C. (1989). Treating psychic trauma in children. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 3–20.
- Treichel, D. (2011a). Geist und Kultur. In D. Treichel & C.-H. Mayer (Eds.), *Waxmann Studium. Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen* (pp. 95–103). Münster, München: Waxmann.
- Treichel, D. (2011b). Grundlegende Begriffe und Fragen. In D. Treichel & C.-H. Mayer (Eds.), *Waxmann Studium. Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen* (pp. 387–395). Münster, München: Waxmann.

- Treichel, D. (2011c). Methoden der Kulturanalyse. In D. Treichel & C.-H. Mayer (Eds.), *Waxmann Studium. Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen* (pp. 228–258). Münster, München: Waxmann.
- Treichel, D., & Mayer, C.-H. (Eds.). (2011). *Waxmann Studium. Lehrbuch Kultur: Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen*. Münster, München: Waxmann.
- Tumani, I., Ökzan, M., & Koller, M. (2002). Psychiatrische und psychosoziale Versorgung von ethnischen Minoritäten am LKH-Göttingen - Das Göttinger Konzept. In T. Heise (Ed.), *Das transkulturelle Psychoforum: Vol. 5. Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (2nd ed., pp. 153–162). Berlin: VWB Verl. für Wiss. und Bildung.
- Tuschinsky, C. (2002). Interkulturelle Öffnung in Medizin und Gesundheitsversorgung. In C. Dettmers, N.-J. Albrecht, & C. Weiller (Eds.), *Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (pp. 9–25). Bad Honnef: Hippocampus-Verl.
- Ünal, H. (2009). Psychotherapie mit Flüchtlingen und Folterüberlebenden. In Y. Erim & M. Beckmann (Eds.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch. Literaturangaben* (1st ed., pp. 158–173). Stuttgart: Kohlhammer.
- UNCHR. *Genfer Flüchtlingskonvention: Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951*.
- Üresin, Y. (2008). *Depression und Somatisierung bei türkischen Migrantinnen* (Dissertation). Universität Hamburg, Hamburg.
- Uslar, D. v. (2012). Das Positive im Menschen sehen. In C. Steinebach, D. Jungo, & R. Zihlmann (Eds.), *Positive Psychologie in der Praxis. Anwendung in Psychotherapie, Beratung und Coaching* (1st ed., pp. 238–244). Weinheim: Beltz.
- van der Veer, G. (1995). Psychotherapeutic Work with Refugees. In R. J. Kleber, C. R. Figley, & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond Trauma. Cultural and societal dynamics* (pp. 151–170). New York: Plenum Press.
- van der Veer, G. (1998). *Counselling and therapy with refugees and victims of trauma: Psychological problems of victims of war torture and repression*. 1. Aufl. u.d.T.: Veer, Guus van der: *Counselling and therapy with refugees* (2. ed.). Chichester: Wiley.
- van Dijk, R. (2001). Traumatization and the Lifeworld of Refugees. In C. Moser, D. Nyfeler, & M. Verwy (Eds.), *Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes* (pp. 122–145). Zürich: Seismo Verlag.
- van Wiligen, L. (2001). Prevention of Long-Term-Consequences of Violence in Refugees and Asylum Seekers: Current Possibilities for Health Promotion. In C. Moser, D. Nyfeler, & M. Verwy (Eds.), *Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes* (pp. 51–65). Zürich: Seismo Verlag.
- Venkat, S., & Söllner, W. (2014). Strake Schmerzen in der Fremde: Patienten mit Migrationshintergrund. *Heilberufe*, 66(6), 34–36. doi:10.1007/s00058-014-0676-9
- Vollmann, M., Salewski, C., & Scharloo, M. (2013). Krankheitsvorstellungen von Patienten mit Depressionen. In H.-W. Hoefert & E. Brähler (Eds.), *Krankheitsvorstellungen von Pa-*

- tienten. *Herausforderung für Medizin und Psychotherapie. Literaturangaben* (pp. 237–252). Lengerich: Pabst Science Publ.
- Weisser, U. (1991). Unter den Künsten die nützlichste: Aspekte des ärztlichen Berufs im arabisch-islamischen Mittelalter. *Menzinhistorisches Journal*, 26(1), 3–25.
- Welsch, W. (1997). Transkulturalität: Zur veränderten Verfassung heutiger Kulturen. In I. Schneider (Ed.), *Wienand-Medien. Hybridkultur. Medien, Netze, Künste* (pp. 67–97). Köln: Wienand.
- Welsch, W. (2011). Kultur aus transkultureller Perspektive 149-158. In D. Treichel & C.-H. Mayer (Eds.), *Waxmann Studium. Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen*. Münster, München: Waxmann.
- Welsch, W. (2012). Was ist eigentlich Transkulturalität? In D. Kimmich (Ed.), *Kultur- und Medientheorie. Kulturen in Bewegung. Beiträge zur Theorie und Praxis der Transkulturalität* (pp. 7–25). Bielefeld: Transcript-Verl.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1993). *Tenth Revision of the International Classification of Diseases*. Geneva.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis (ICD-10 Kapitel V (F))*. Göttingen.
- Welti, E. (2001). Krisenprävention und -intervention bei psychisch kranken Asyl Suchenden. In C. Moser, D. Nyfeler, & M. Verwy (Eds.), *Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes* (pp. 103–121). Zürich: Seismo Verlag.
- Wieland, A. (1994). *Studien zur Ginn-Vorstellung im modernen Ägypten. Ethno-Islamica: Vol. 5*. Würzburg: Ergon-Verl.
- Wiencke, M. (2011). *Kulturen der Gesundheit: Sinnerleben im Umgang mit psychischem Kranksein. Eine Anthropologie der Gesundheitsförderung*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Wunn, I. (2006). *Muslimische Patienten: Chancen und Grenzen religionspezifischer Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wurzbacher, C. (2003). *Das muslimische Krankheitsverständnis* (1. Aufl.). Aachen: Shaker.
- Zimmermann, E., & Petrykowski, W. v. (1983). Magische Krankheitsvorstellungen ausländischer Eltern als Problem in der Pädiatrie. *Der Kinderarzt*, 14, 1113–1122.

Anhang

Leitfaden für die Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds in der Psychotherapie mit Geflohenen aus dem arabischen Raum