

# **(Wie) schaffen wir das? Psychiatrie in der Verantwortung**

## **Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung**

*Von Iris Tatjana Graef-Calliess und Wielant Machleidt*

**Dieser Beitrag ist die unredigierte Langversion zum gleichnamigen Artikel, erschienen in der Zeitschrift »Soziale Psychiatrie« Nr. 167, Heft 01/2020 mit dem Titel »PSYCHIATRIE IN DER VERANTWORTUNG – GEFLÜCHTETE MENSCHEN IN DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG«.**

### **1. Einleitung**

Interkulturelle Begegnungen im Zusammenhang mit Migration und Mobilität sind ein bedeutendes Phänomen in unserer globalisierten und vielfach vernetzten Welt. Aufgrund der neuen und technisch oft in Echtzeit verfügbaren Kommunikationsmöglichkeiten sowie der Verfügbarkeit moderner Transportmittel reicht jedoch eine bis anhin vorherrschende Unterscheidung zwischen Herkunfts- und Aufnahmegesellschaften, der mehr oder weniger implizit der teilweise überholt erscheinende Gedanke des Nationalstaats zugrunde liegt, zum Verständnis von kulturellen Begegnungsprozessen immer weniger aus (Hahn et al 2017). Aktuelle Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: es gab nach dem Internationalen Migrationsreport der UN (2016) innerhalb der letzten 15 Jahre eine über vierzigprozentige Zunahme allein in der Gruppe der internationalen Migranten, d. h. Personen, die nicht in ihrem Geburtsland leben. Darüber hinaus gibt es jährlich etwa 1,2 Milliarden Menschen, die internationale Reisende bzw. sogenannte temporäre Migranten sind. Unter der aktuellen Rekordzahl von 244 Millionen außerhalb ihres Heimatlandes lebenden Migranten finden sich zudem über 20 Millionen internationale geflüchtete Menschen.

Ein Aufeinandertreffen von Menschen aus verschiedenen Kulturen, sei es langfristig auf der Suche nach besseren Lebens- und Entwicklungsbedingungen, aufgrund von Flucht vor Verfolgung, Kriegen oder Naturkatastrophen, oder aber auch kurzfristig im Rahmen von Handelsbeziehungen, Reisen und Bildungsaufenthalten sind allerdings kein neues Phänomen. Akkulturationsforschung untersucht, inwiefern und unter welchen Bedingungen und Möglichkeiten sich im Rahmen und im Prozess von interkulturellen Begegnungen das soziale Verhalten, kulturell geprägte Praktiken, gegenseitige Erwartungen und Werte der beteiligten Personen oder Gruppen verändern (Zick 2010). Dabei kann es zum einen zu adaptiven Prozessen aber auch zu Konflikten kommen, die trotz möglicher Reibungen einen wesentlichen Motor zur Transformation moderner pluralistischer Gesellschaften und des alltäglichen zwischenmenschlichen Zusammenlebens darstellen.

Diese Veränderungen können sowohl auf der Individualebene als auch auf der Gruppenebene und der Gesellschaftsebene mit dem Begriff der Akkulturation beschrieben werden. Die Beschreibung dieser Prozesse mittels des Begriffs der Akkulturation auf Gruppen- und Gesellschaftsebene ging dabei zunächst von anthropologischen Untersuchungen indigener Kulturen und von soziologischen Arbeiten zu nicht-dominanten Migrantengruppenpopulationen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts aus. Eine intensivere Auseinandersetzung mit den individuellen und psychologischen Prozessen der Migration begann dann ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts mit vergleichenden

Untersuchungen zu möglichen Akkulturationsstrategien und deren Zusammenhang mit stressassoziierten oder gesundheitsrelevanten Outcomes (Hahn et al 2017, Machleidt & Calliess 2012).

Eine adäquate Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund über die gesamte Lebensspanne bedarf einer professionellen interkulturellen Sensibilität und Kompetenz. Insbesondere bei der Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsangeboten spielt der kulturell-ethnische Hintergrund eine bedeutende Rolle: nicht selten sind subjektive Entstehungsmodelle psychischer Störungen, Krankheitsverständnis und damit in entscheidendem Maße auch Behandlungserwartungen stark von kulturellen Prägungen und Einflüssen abhängig. Migrations- oder Fluchterfahrung selbst kann insbesondere in kritischen Phasen individueller Entwicklung potentiell pathogen wirken und Behandlungsverläufe erheblich beeinflussen (Calliess et al. 2012). Nicht zuletzt wirken sich die häufig schwierigen psychosozialen Rahmenbedingungen von Migranten erschwerend auf die erforderlichen adaptiven Prozesse im Gastland aus. Gleichzeitig gibt es zunehmende Evidenz dafür, dass eine gelungene Akkulturation in Zusammenhang mit psychischer Stabilität und seelischer Gesundheit steht (Calliess & Behrens 2013, DGPPN 2011, Machleidt & Calliess 2017).

Der Anspruch eines modernen psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungssystems sollte es sein, da wo Akkulturationsprozesse und Identitätsentwicklungen in der Fremde ins Stocken geraten sind, Individuen gleich welcher kultureller Zugehörigkeit wieder zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit dem Eigenen und dem Fremden zu befähigen.

## **2. Interkulturelle Öffnung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems**

### **2.1 Psychosoziale Belastung von Migranten**

Vor dem Hintergrund steigender Zahlen von in Deutschland lebenden Zuwanderern stellt sich unabdingbar die Frage nach deren körperlicher und seelischer Gesundheit.

Die heute vorherrschende Annahme im internationalen Diskurs geht, trotz fehlender einheitlicher und belastbarer empirischer Daten zum besseren Verständnis des Krankheitsgeschehens in der migrantischen Bevölkerungsgruppe, davon aus, dass Migration ein *kritisches Lebensereignis* sei und somit einen Risikofaktor in der Pathogenese seelischer Erkrankungen darstellt. Denn Migration stellt eine zusätzliche psychologische Entwicklungsaufgabe dar, die in sich eine gewisse Vulnerabilität birgt. Es kann jedoch angenommen werden, dass nicht nur das kritische Lebensereignis der Migration per se, sondern zudem soziale, mit der Migration einhergehende Kontextfaktoren und Risikokonstellationen (z. B. soziale Schicht, Arbeits- und Wohnverhältnisse, Diskriminierungserleben, soziale Exklusion, unsicherer Aufenthaltsstatus etc.) entscheidend für die zum Teil erhöhte Inzidenz psychischer Störungen bei Migranten und deren Nachkommen sind (Bhugra & Jones 2001, Bhugra 2005, Bourque et al 2011, Cantor-Graae & Selten 2005, Cantor-Graae & Pedersen 2013, Kirkbride et al 2008, Morgan et al 2010, Selten et al 2007, Veling et al 2007, Veling et al 2014).

Geflüchtete sind in diesem Zusammenhang im Vergleich zu Migranten ohne Fluchterfahrung einer besonders hohen psychiatrischen Morbidität ausgesetzt (Hollander et al 2016, Dapunt et al 2017, Nesterko et al 2019).

Neben den sozio-ökonomischen und sozio-politischen Kontextfaktoren und Risikokonstellationen gibt es weitere relevante Einflussfaktoren auf die seelische Gesundheit von Migranten und Geflüchteten, die auch für psychotherapeutische Prozesse relevant sind (Behrens & Calliess 2011), wie bspw. das Lebensalter einer Person im Zusammenhang mit wesentlichen Entwicklungsaufgaben, Sozialisationserfahrungen (Erikson, 1959; Löckenhoff & Carstensen, 2004), die spezifische Identität und Struktur des Selbst, Wechsel des kulturellen Bezugsrahmens, der Prozess der Migration mit seinen Erfahrungen von Verlust und Trennung (Machleidt & Calliess, 2012) und nicht zuletzt biologische Entwicklungsfaktoren als psychophysiologische Prädispositionen für Gesundheitsrisiken einschließlich der Kapazität zur Erschließung neuer Ressourcen sowie die biologische Voraussetzung, Kultur zu konstituieren (Jackson et al 2006; Kirmayer 2006).

Eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung bedarf allerdings differenzierter und belastbarer Daten zu Prävalenzraten psychischer Störungen (Bermejo et al 2010). Auf Basis solcher Daten könnten zum einen Risikogruppen identifiziert und zum anderen Präventions- und Interventionsmöglichkeiten eingeführt bzw. verbessert werden, zumal auch die Nachfrage seitens der psychisch belasteten Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund nach adäquater kultursensibler Diagnostik und Therapie steigt. Eine Integration von Migranten und Geflüchteten in die jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme kann auch als ein Beitrag zur Integration von Migranten und Geflüchteten in die jeweiligen Aufnahmegesellschaften betrachtet werden (Machleidt 2005).

## **2.2 Migranten in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland**

Die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote durch Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund ist allerdings je nach Setting, Art der Einrichtung und Standort sehr unterschiedlich (Knischewitzki et al 2014).

Im ambulanten Setting ist generell eine Unterversorgung durch niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten zu verzeichnen (Möske et al 2013). Zum einen besteht das Problem der Verständigung auf Grund fehlender muttersprachlicher Psychotherapeuten. Zum anderen werden Menschen mit Migrationshintergrund als komplexe Patienten angesehen. Als von hilfeschuchenden Migranten und Geflüchtete bevorzugte Anlaufpunkte haben sich zurzeit psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) etabliert. Zwar stehen weiterhin nur in wenigen Ambulanzen Dolmetscherdienste, kultursensible Konzepte für Diagnostik und Therapie sowie muttersprachliches Personal zur Verfügung, dennoch stehen in Ballungsräumen eine Reihe psychiatrischer Institutsambulanzen zur Verfügung, die ein Drittel der hilfeschuchenden migrantischen Patienten im Rahmen von Spezialangeboten behandeln (Schouler-Ocak et al. 2010). Gründe hierfür liegen vermutlich unter anderem in der Multiprofessionalität der Teams sowie in der Verfügbarkeit von Dolmetschern.

Für die Versorgung von Folteropfern und Geflüchteten mit Traumafolgeerkrankungen sind die psychosozialen Zentren aus der ambulanten Versorgungslandschaft heute nicht mehr wegzudenken. Der konsequent barrierefreie Zugang ermöglicht vielen Betroffenen erstmals Beratung und Krisenintervention.

Im stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich scheinen Migranten nach Koch et al (2008) zwar gemäß ihrem prozentualen Anteil an der Gesamtbevölkerung vertreten zu sein, dennoch offenbart sich bei genauer Betrachtung ein differenzierteres Bild: So werden forensische Abteilungen

sowie Stationen zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen überproportional, dagegen psychosomatische und psychotherapeutische Einrichtungen sowie rehabilitative stationäre Angebote unterproportional in Anspruch genommen.

Zur Nutzung gesundheitspräventiver Maßnahmen durch Migranten liegen für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich kaum belastbare Daten vor. Aus der Literatur wird ersichtlich, dass es nur wenige qualitativ hochwertige und vom Staat geförderte Präventionsprogramme für diese Klientel gibt (Spallek & Razum 2007). Des Weiteren ist bekannt, dass Migranten zu einem viel späteren Zeitpunkt psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe ersuchen als Nicht-Migranten und dadurch Notfallleistungen zahlreicher in Anspruch nehmen. Dabei kommt es häufiger zu Zwangseinweisungen und zu Mehrfachaufnahmen als bei dem nicht-migrantischen Bevölkerungsteil (Koch et al. 2008).

Interessanterweise berichten gleichzeitig mehrere Studien, dass gerade für Menschen, welche aufgrund von Verständigungsproblemen oder Unkenntnis des Gesundheitssystems erhöhte Zugangsbarrieren haben, die Präsentation vorrangig körperlicher Beschwerden beim Hausarzt ein erster Schritt zur Kontaktaufnahme mit dem Versorgungssystem darstelle. Diese Art der „fakultativen Somatisierung“ kann als „Eröffnungszug“ einer Arzt-Patienten-Beziehung in einem allgemeinmedizinischen Dienst über Kulturgrenzen und sozioökonomische Statusunterschiede hinweg verstanden werden (Simon et al 1999). Auf Basis solcher Ergebnisse wäre zu vermuten, dass Migranten gerade in psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen gehäuft aufgenommen würden, was aber nicht der Fall zu sein scheint und auf eine unverändert inadäquate Versorgung psychisch belasteter Migranten hindeutet, die weiterhin von Hausärzten und überwiegend medikamentös behandelt werden (Möske 2011).

Die Gründe für eine geringere Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfen durch Migranten und Geflüchtete sind vielfältig: Zum einen ist die Schwelle zur Inanspruchnahme einer Psychotherapie – im Vergleich zu der ohnehin bereits bestehenden Hürde - bei Migranten zusätzlich erhöht (Machleidt et al. 2007). Das hat u. a. folgende Ursachen: a. die Idee einer psychologisierenden Weltanschauung generell fußt weitgehend auf einer westlichen Tradition (Behrens et al. 2008); b. damit einhergehende Fremdheit des Konzepts Psychotherapie, c. Schuld und Scham vor dem Hintergrund anderer Wertedimensionen im familiären Kontext (z. B. das häufig zu beobachtende Phänomen, dass das Besprechen individueller Probleme außerhalb der Familie tabuisiert ist (Behrens & Callies 2011)); d. Sprachprobleme (Bermejo et al 2009) und e. Grad der Akkulturiertheit, der u. a. auch die Akzeptanz von Psychotherapie beeinflussen kann (Knipscheer & Kleber 2005; Callies et al. 2007a, b).

Zum anderen gibt es Charakteristika des psychotherapeutischen Versorgungssystems selbst, welche potentielle Hindernisse aufweisen: a. ungenügende Aus-, Fort- und Weiterbildung in interkultureller Psychiatrie und Psychotherapie (Möske et al 2012); b. Mangel an muttersprachlichen Therapieangeboten (neuere Befunde zeigen jedoch auch, dass Psychotherapie in der Zweitsprache nicht unbedingt einen schlechteren Behandlungserfolg aufweisen muss (Behrens & Callies 2008a; Möske et al. 2008); c. Skepsis und Zurückhaltung auf Seiten der Professionellen und d. mangelnde Finanzierung von Dolmetschern (Kluge 2011).

Diese teils lückenhafte, teils inadäquate psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspraxis führt zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung, wodurch erhebliche Zusatzkosten verursacht werden. (Schouler-Ocak et al 2012).

Vereinzelte werden Modellprojekte für eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten mit Traumafolgeerkrankungen erprobt, so bspw. in Niedersachsen mit dem landesgeförderten Projekt refuKey, einem bedürfnisorientierten, gestuften Versorgungsangebot in Kooperation hochschwelliger psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfen (Trilesnik et al 2019).

### **3. Rahmenbedingungen im interkulturellen Behandlungskontext**

#### **3.1 Interkultureller Erstkontakt**

Im psychotherapeutischen Erstkontakt mit Patienten mit Migrationshintergrund stellt sich beim Gegenüber oft unmittelbar ein Erleben von Überforderung durch vielfältige irritierende Eindrücke ein: Äußerlich können Kleidung und Auftreten fremd wirken, Sprachprobleme werden häufig zumindest bei der vertieften Exploration emotional bedeutsamer Inhalte deutlich, im Gespräch können grundlegende Werthaltungen und Einstellungen nicht als gemeinsamer Erfahrungshorizont vorausgesetzt werden. Dies kann eine tiefe Verunsicherung bei der behandelnden Person hervorrufen, da selbstverständliche Annahmen plötzlich relativ und angreifbar erscheinen. Hinzu kommt die Erfahrung, vom Anderen als „deutsch“ wahrgenommen zu werden, was im sonstigen alltäglichen Leben eher eine untergeordnete oder weniger bewusste Rolle spielt. In derartigen Situationen erlebt man unter Umständen Zuschreibungen und damit verbundene Ängste, die gerade aufgrund der sonst selten reflektierten eigenen kulturellen Zugehörigkeit irritierend sind (Behrens & Calliess 2011).

Die Reflexion der Art und Weise des Wahrgenommenwerdens durch den Psychotherapeuten spielt in jeder Behandlung eine Rolle, erfährt jedoch im interkulturellen Setting aufgrund der zusätzlichen Resonanzräume von Migration und Kultur eine brennglasartige Verschärfung. Das Gefühl von Überforderung angesichts der interkulturellen Psychotherapiesituation und die damit verbundene Hilflosigkeit führen bei einheimischen Therapeuten nicht selten zu dem Impuls, Patienten aus anderen Kulturen abzulehnen oder weiter zu verweisen. Irritationen nachzugehen, kulturelle Hintergründe zu explorieren und Unterschiede zu benennen scheint eher nicht nahezuliegen (Behrens & Calliess 2008a).

Häufig ist bei einheimischen Behandlern ist „Gleichbehandlungsmaxime“ zu beobachten dergestalt, dass betont wird, zwischen ausländischen und einheimischen Patienten würde man keinerlei Unterschied machen (Erim 2004). Rommelspacher (2000) erklärt dies einerseits mit der Abwehr von Schuldangst, welche durch eine mögliche Dominanzposition gegenüber Migranten hervorgerufen sein könnte, und andererseits mit der kollektiven Erinnerung an die Nazi-Vergangenheit, in der die ethnische Zugehörigkeit fatale Folgen hatte. Dadurch wird eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten in interkulturellen Behandlungen vermieden. Diese wäre aber notwendig, um in der Behandlung ein Erleben von Hilflosigkeit angesichts der kulturellen Besonderheiten des Patienten oder der spezifischen Bedingungen im Zusammenhang mit dessen Migrationserfahrung zu überwinden.

### **3.2 Migrations- und kulturbezogene Aspekte im diagnostischen Prozess**

Für eine adäquate Diagnostik und Therapie seelischer Störungen bei Migranten ist eine modifizierte Anamneseerhebung unter Berücksichtigung kultur- und migrationsspezifischer Einflussgrößen auf Entwicklung und Manifestation psychischer Störungen notwendig (Behrens & Callies 2008b, Callies & Behrens 2010). Dadurch kann das Risiko einer Fehldiagnose sowie einer Unter- bzw. Überbewertung des kulturellen Einflusses im Vergleich zu den anderen o. g. Faktoren gemindert werden. Eine Haltung von Neugier und Offenheit sowie die Reflektion der eigenen kulturellen Bedingtheit bieten die Chance, kulturelle Stereotypisierungen und kulturelle Verzerrungen weitgehend zu vermeiden. Kultur und Migration sind zwei mit einander verzahnte, jedoch unabhängig voneinander zu analysierende Einflussgrößen.

Kultur sollte nicht als stereotype Kategorie betrachtet werden, sondern in Bezug auf die kulturelle Identität eines Menschen als dynamisches Geschehen, das im Prozess immer wieder erfragt werden muss. Der Einfluss von Kultur auf Psychopathologie wird heute im Wesentlichen unter ökosozialen Aspekten konzeptualisiert (Kirmayer & Ryder 2016).

Eine Besonderheit, die in der Exploration zu Irritationen auf Seiten des Behandlers führen kann, ist eine Neigung zu vorwiegend somatischer Symptompräsentation in akuten seelischen Krisen von Migranten, wenn der entsprechenden Herkunftskultur die für den westlichen Kulturkreis typische Dichotomie zwischen Leib und Seele fremd ist. Die therapeutische Implikation des Konzepts „Somatisierung“ ist, dass die Patienten ihre somatische Ausdrucksform durch ein explizites Sprechen über Emotionen ersetzen sollten, da erstere als „primitivere“ Form der Kommunikation betrachtet wird. In vielen Kulturen ist jedoch die Frage eines körperlichen oder emotionalen Erlebens irrelevant bzw. obsolet und Ausdruck einer westlichen Weltsicht, die diese Aspekte eines Kontinuums in separate Entitäten trennt; Depressionen, möglicherweise aber auch andere psychische Erkrankungen, werden dabei primär vegetativ und leibnah erfahren und nicht erst sekundär in den körperlichen Bereich verschoben (Kraus 2006). Auch wenn „Somatisierung“ heute grundsätzlich als universelles Phänomen bei der Symptompräsentation depressiver Erkrankungen aufgefasst werden kann (Bhugra & Mastrogianni, 2004), ist dennoch eine Interpretation somatischer Symptome als kulturspezifische „idioms of distress“ hilfreich (Kirmayer & Young 1998). Somatische Idiome von Belastung beinhalten in der Regel Kombinationen von körperlichen, emotionalen und sozialen Bedeutungen. Es gilt zu versuchen, von dem Dualismus von Körper und Seele in der Interpretation von Symptomen und in der Behandlung Abstand zu nehmen. Stattdessen können die gegebenen Beziehungsangebote (z. B. Kommunikation über Schmerzen oder Medikation) angenommen und als Variante des therapeutischen Dialogs interpretiert werden. Dies verringert die Gefahr von Frustration, negativer Gegenübertragung und potentieller negativer therapeutischer Reaktion (Nika & Basdekis 2000).

### **3.3 Sprach- und Kulturmittler**

Gespräche mit dem Patienten sollten nach Möglichkeit in der Muttersprache geführt werden. Sollte das nicht realisierbar sein, wäre der Einsatz medizinisch und psychologisch professionell geschulter Dolmetscher, die als soziokulturelle und sprachliche Mittler fungieren wünschenswert (Morina et al 2010).

Penka et al. (2012) führen aus, dass die Bezeichnung Sprach- und Kulturmittler in diesem Zusammenhang von dem gängigeren Begriff des Dolmetschers abgegrenzt werden kann, denn

Verständigung in interkulturellen Kontexten geht über das wörtlich gedolmetschte verbale Wort hinaus (Penka et al 2012, Qureshi et al 2008, 2011). Sprach- und Kulturmittler verfügen - jenseits der Sprachkompetenz - über ein kulturelles Wissen, womit sie im Behandlungssetting auftretende kulturelle Differenzen und daraus resultierende Missverständnisse erkennen und vermitteln können.

Qureshi et al. (2008, 2011) betonen außerdem, dass Dolmetscher im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext wie Therapeuten in die Übertragung des Patienten mit einbezogen sind und ihrerseits auch Gegenübertragungsphänomenen ausgesetzt sein können. Aufgrund dessen ist es elementar, diese den Therapieverlauf beeinflussenden Faktoren zu reflektieren (Qureshi et al. 2008, 2011). Hier spielen insbesondere Vor- und Nachgespräche mit den Dolmetschern eine besondere Rolle, mithilfe derer dann Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene bearbeitet werden können (Kluge 2011).

#### **4. Begegnung mit dem Fremden in der Beziehungsknüpfung**

##### **4.1 Fremdheitserfahrung als existentielle Herausforderung**

Es ist eine psychologische Tatsache, dass Fremdheitserfahrungen zu den am meisten beanspruchenden Erfahrungen zählen und ohne psychische Verwerfungen nicht zu bewältigen sind – von allen Beteiligten, den Fremden wie auch den Einheimischen. Dies hängt mit den gemischten Gefühlen und Fantasien zusammen, die Migranten durch die Verschiebung der Relation von Nähe und Distanz zum Fremden auslösen. Es gibt wohl keine geeignetere Projektionsfläche für irrationale Gefühle und Fantasien als das Fremde und gerade Migranten und Flüchtlinge fungieren als die Symbolträger des Fremden schlechthin. Die gemischten Gefühle, das „Fremdeln“, das sie freisetzen, bewegen sich zwischen Angst, Befremdung, Unsicherheit, Aggression und bis ins Paranoide reichende Befürchtungen z. B. um die Einbußen von materiellen oder kulturellen Ressourcen oder vor Überfremdung (Machleidt 2017).

Die Fremdheitserfahrung ist prinzipiell eine Ambivalenzerfahrung. Die Kehrseite der angstgetriebenen Ambivalenz bilden die Neugier auf und die Faszination am Fremden, seiner Exotik und seinen Verführungen sowie häufig auch messianische Erwartungen in der Gestalt von Befreiungs- und Erlösungsphantasien. Diese Seite der Ambivalenz lädt dazu ein, sich dem fremden Anderen anzunähern. In dem Spannungsfeld zwischen dem Eigenen, Vertrauten und dem Fremden werden selbstverständliche kulturelle Sicherheiten und Zugehörigkeiten in Frage gestellt. Die Befürchtungen richten sich auf Einbußen und Verluste bei der Annäherung an und der Beziehungsknüpfung mit dem Fremden, wie z. B. den Verlust der eigenen Identität und Zugehörigkeit. Regressive Sichtweisen tendieren zu einer Polarisierung und Abspaltung zwischen dem Fremden und dem Eigenen, wohingegen in therapeutischen Prozessen reifere Anteile des Sowohl-als-auch mit einer Dynamik von Abgrenzung und Offenheit modellhaft erfahren werden können (Machleidt 2017, Machleidt et al. 2018).

Die Dynamik im Entfremdungsprozess schafft die mentalen Voraussetzungen dafür, um Annäherung und Wiederannäherung durch Entfremdung i.S.v. Vertrauensbildung und Entängstigung zu ermöglichen. Die Erfahrungen zeigen eines überdeutlich: Je mehr alltägliche Realerfahrungen Einheimische z. B. mit Geflüchteten machen, umso weniger von Fremdenangst verzerrt, umso wirklichkeitsnäher ist ihr Bild von ihnen.

## 4.2 Bewältigung der Fremdheitserfahrung in der Gegenübertragung

Für den interkulturellen Therapeuten ist es hilfreich die Herkunftsländer seiner Patienten von „innen“ her, von ihren ethnisch-sozialen und psychologischen Dynamiken her zu begreifen. Damit ist der Versuch gemeint, die „innere Wirklichkeit einer Kultur“ und ihrer Mitglieder zu erfassen und zu verstehen, z.B. ihre psychischen Befindlichkeiten, die Vielfalt ihrer Ausdrucksformen und Behandlungsweisen. Anthropologisch und ethnopsychoanalytisch orientierte Forscher und Psychotherapeuten wie z. B. Arthur Kleinman, Georges Devereux, Tobie Nathan, Paul Parin, Fritz Morgenthaler, Erich Wulff oder Wolfgang Pfeiffer haben diese „emische“ Position des verstehenden Zugangs zu den „Innenansichten“ fremder Länder und Kulturen in ihren Schriften anschaulich vermittelt. Dabei ist der Ansatz von Georges Devereux, dem franko-amerikanischen Ethnopsychoanalytiker und Ethnologen, ein absolut wegweisender (Devereux 1973; Reichmayr 2010, S. 73-79, 204-211). Seine Arbeit erregte einiges Aufsehen unter den Fachkollegen und leitete einen Paradigmenwechsel zum Verständnis der Rolle und der innerpsychischen Dynamiken des Beobachters fremder Kulturen ein.

Im therapeutischen Setting wird die Gegenübertragung des interkulturellen Therapeuten zum Erkenntnisinstrument über die therapeutische Beziehung unter Relativierung der eigenen kulturellen Gebundenheit. Der Weg zur Erkenntnis des Fremden führt über die affektive Verstrickung und die Subjektivität des Therapeuten.

Es geht um die Bewältigung der Fremdheitserfahrung in der Beziehungsknüpfung zum ethnisch Fremden und - mehr noch - eine Kulturgrenzen überschreitende Empathie bei der Beantwortung von Fragestellungen zur psychischen Gesundheit von Menschen aus anderen Kulturen. Es ist die „(...) *kulturelle Neutralität, die allein es erlaubt, den wirklichen Sinn eines gegebenen kulturellen Merkmals in der gegenwärtigen Gesellschaft und in den Untergruppen, denen der Patient angehört, zu erfassen*“ Devereux (1974).

Jede Untersuchung durch ein therapeutisches Gespräch ist im Sinne einer teilnehmenden Beobachtung ein Bemühen, den ethnisch fremden Patienten unverzerrt zu erfassen. Die Reflektion der eigenen Gegenübertragung ist dabei eine notwendige Art der Selbstvergewisserung. Sie ist ein Teil dessen, was wir heute kulturelle Kompetenz nennen. Die der Reflektion fähige Subjekthaftigkeit rückt damit dorthin, wo sie ihren Platz haben muss, nämlich in das Zentrum der interkulturellen therapeutischen Diskurse (Machleidt 2017).

## 5. Theoretische Modelle in der interkulturellen Psychotherapie

In den vergangenen beiden Jahrzehnten hat die interkulturelle Psychotherapie eine dynamische Entwicklung durchgemacht und sich dabei mit unterschiedlichen Konfliktfeldern auseinandergesetzt.

Migranten wechseln von einer relativ eindeutigen Wirklichkeit ihrer Herkunftskultur unter Aufgabe bekannter Verhaltens- und Erlebnismuster in eine relativ mehrdeutige Wirklichkeit mit der Notwendigkeit des Erwerbs neuer Verhaltensweisen. Diese Transition verändert die Identität der betroffenen Individuen und geht mit einer erheblichen Entwicklungsanforderung einher. Die Gültigkeit kultureller Vorgaben und damit kultureller Identität muss in einem eigenen Akt der



Identifizierung - im Unterschied zur beständig bleibenden ethnischen Identität - ständig neu angeeignet werden (Wulff 1997).

Mit Identität wird in Anlehnung an Erdheim (1992) eine psychische Struktur bezeichnet, „(...) die Orientierungshilfen anbietet, indem sie die Kategorien des Eigenen und des Fremden in ein Verhältnis zueinander bringt (...) und zur Orientierung innerhalb sozialer Beziehungen eingesetzt wird (...)“. Kulturelle Identität ist für das Selbstwertgefühl eines Individuums essentiell: Jede Ethnie grenzt sich zur Wahrung ihrer eigenen Identität von der Nachbarkultur ab. Es bestehen Vorstellungen oder Vorurteile gegenüber dem Fremden und es werden Handlungsanweisungen für den Umgang mit dem Fremden entworfen. Das Konstrukt der *kulturellen Identität* stellt somit das Herzstück einer von psychodynamischen Überlegungen geleiteten Arbeit mit Migranten dar (Akhtar 2007; Grinberg & Grinberg 1990; Machleidt 2013; Kohte-Meyer 2006, 2009)

Weitere wesentliche Aspekte kultureller Dimensionen von Identität und Persönlichkeit, deren Darstellung hier nicht zielführend ist, sind bspw. Selbstbild und Selbstkonzept (Markus & Kitayama 1991, 1998) oder die Persönlichkeitsdimensionen von Individualismus vs. Kollektivismus, Abhängigkeit vs. Unabhängigkeit und Idiozentrität vs. Allozentrität (Triandis et al. 1985, ausführlich hierzu auch Calliess & Machleidt 2003).

## 6. Identitätsentwicklung in der Fremde

### 6.1 Welchen Wandel kann ein Individuum vollziehen, ohne sich selbst völlig fremd zu werden?

Migration und Flucht führen zu einem einschneidenden Wandel der Identität: Die psychologische Herausforderung der Akkulturation besteht in erster Linie in der Notwendigkeit der seelischen Integration zweier oder mehrerer verschiedener Kulturen und neuer sozialer Kontextfaktoren. Impulse für Entwicklung und Individuation werden freigesetzt, andererseits aber auch mitgebrachte Wertevorstellungen, Rollenverständnisse und Verhaltensnormen in Frage gestellt.

Das ständige Ausbalancieren des Einflusses zweier oder mehrerer verschiedener Kulturen erfordert eine enorme emotionale Kraft und die Notwendigkeit konstanter emotionaler Kompensation divergierender Tendenzen und Orientierungen (Akhtar 1999, Calliess et al 2012). Eine Erhöhung der emotionalen Belastung vorübergehender Natur ist wahrscheinlich (Hovey et al 2005). Ambivalenz zwischen Neuorientierung in der neuen Umgebung versus Rückkehrwünschen können zu intrapsychischer Spannung und Vulnerabilität beitragen. Eine Erschütterung des Selbstbildes und konsekutive Schwierigkeiten mit der Integration divergierender Aspekte und widerstrebender Tendenzen kann die Folge sein. Dies kann zum Teil klinisch erhebliche Symptome hervorbringen, was Ermann als reaktive Identitätsstörung bezeichnet hat (Ermann 2011). Eine Exazerbation in eine sogenannte existentielle Angst („existential fear“) ist möglich (Grinberg & Grinberg 1989), die eine mehr oder weniger ausgeprägte interpretative Ambivalenz, weil maximale Mehrdeutigkeit, beinhaltet. Dies kann auf der klinischen Ebene in einer Identitätsdiffusion münden.

Es kann aber auch eine unbewusste Neigung geben, die unerträgliche Ambivalenz durch ausschließliches Fokussieren auf entweder die sogenannte Herkunftskultur (Segregation) oder die sogenannte Aufnahmekultur (Assimilation) aufzulösen, sprich Eindeutigkeit herstellen zu wollen. Dies kann ggf. in einem gespaltenen Selbst, einem „splitted self“, resultieren, wie Walsh & Shulman (2007)

es treffend bezeichnet haben. Hieran wird deutlich, dass für eine gelungene Migration im Sinne psychischer Adaptivität eine Identitätsentwicklung in der Fremde in einer derart existentiellen Art und Weise notwendig wird, wie wir sie entwicklungspsychologisch sonst nur aus der Adoleszenz kennen. Machleidt (2013) spricht daher, wie oben ausgeführt, angesichts der seelischen Herausforderung im Zusammenhang mit den intrapsychischen akkulturativen Prozessen von „kultureller Adoleszenz“.

Kardinalfaktoren im Zusammenhang mit der Identitätsentwicklung in der Fremde sind einerseits die Bilanz der Migration, andererseits die kulturelle Orientierung des Individuums und (Re-)Konstruktionsmöglichkeiten von Identität. Auf allen drei Ebenen geht es jeweils um Dialoge zwischen dem Eigenen und dem Fremden, und zwar sowohl auf dem inneren als auch dem äußeren kulturellen Bedeutungsgefüge (Graef-Calliess & Schellhammer 2017).

## **6.2 Plädoyer für eine kulturdynamische interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie**

Welchen Wandel kann nun ein Individuum vollziehen, ohne sich selbst völlig fremd zu werden (Thomas 1997)? Kulturelle Identität ist essentiell für das Selbstwertgefühl eines Individuums (Erdheim 1992). Das Konstrukt der kulturellen Identität repräsentiert das Herzstück der Arbeit mit Migranten. Hierbei geht es um das Wiederherstellen von sozialer Anerkennung und Zugehörigkeit und um ein Ausbalancieren zwischen Eindeutigkeiten und Mehrdeutigkeiten bezüglich ethnisch kultureller Interferenzen. (Re-)Konstruktion von Identität ist mehr als nur eine Copingstrategie, es ist eine existentielle Herausforderung des Individuums in der Fremde und therapeutische Aufgabe bei der Begleitung von Akkulturationsprozessen. Dabei haben wir es angesichts des Wertepluralismus der Postmoderne und der Migrationserfahrung mit einer doppelten Herausforderung zu tun: Es geht darum, mit der Migrationserfahrung in plurivalenten Gesellschaften ein Bewusstsein sozialer Zugehörigkeit zu entwickeln und eine daraus erwachsende Identität auszubilden.

Wie dies auf psychostruktureller Ebene geschehen kann, haben Calliess et al (2012) in einem kulturdynamischen Modell der Identität versucht zu konzeptionalisieren. In Anlehnung an G.H. Mead (1988) wird hier davon ausgegangen, dass die individuelle Identität des Menschen aus einem personalen Teil der Identität besteht, der vorwiegend auf Selbstzuschreibungen basiert, und einem sozialen Teil der Identität, der vorwiegend auf Fremdzuschreibung basiert. Ein Mensch, der migriert, ist mit vielen neuen individuellen kulturellen Erfahrungen konfrontiert, die zunächst vor allem auf der Ebene des „Me“, dem sozialen Teil der Identität im Sinne von Fremdzuschreibung Einfluss erhalten. Dies hat Auswirkungen auf die Art und Weise der Selbstzuschreibungen auf der Ebene des „I“, dem personalen Teil der Identität, der - insbesondere initial - vorwiegend von individuellen älteren kulturellen Erfahrungen geprägt ist. Nur in dem Maße, in dem der personale Teil der Identität, das „I“, mit vorwiegend individuellen älteren kulturellen Erfahrungen stabil genug ist, können neuere kulturelle Erfahrungen auf der Ebene der Identitätsbildung aufgenommen, verarbeitet und integriert werden.

Die Integrationsleistungen des Individuums sind in diesem kulturdynamischen Modell der Identität fortschreitend, sodass ein *abstrahierter Prototyp für Selbst- und Fremdzuschreibung* von individuellen neueren und älteren kulturellen Erfahrungen jeweils nur ein „temporäres Sediment“ (Knipper 2014) in der Identitätsentwicklung darstellt. Es resultieren immer wieder neue Bedeutungsgeflechte zwischen dem personalen und sozialen Teil der Identität und zwischen individuellen neueren und

älteren kulturellen Erfahrungen in einem fortlaufenden Dialog zwischen dem Eigenen und dem Fremden.

## 7. Therapeutische Implikationen

Wenn man den Anspruch auf essentialisierendes Kulturwissen aufgibt und Kulturen und kulturelle Identitäten in einem ständigen dynamischen Prozess der Verschiebung, Auflösung und Überlagerung begreift (Bibeau 1997, Moro & Sturm 2001, Nadig 2006), dann entsteht ein neuer Fokus auf die sozialen Bedingungen von Migranten und Geflüchteten im Aufnahmeland in ihrer Wirkung auf Gesundheit (Lilge-Hartmann 2012). Neben dem Hintergrund der sogenannten Herkunftskultur sind insbesondere eine Berücksichtigung der aktuellen Lebenssituation und individueller Erfahrungen entscheidend.

Hierbei stellt die Differenzierung zwischen psychischen und kulturellen Zusammenhängen jeweils eine Herausforderung dar. Erst ein Erforschen der Biografien und Lebensentwürfe sowie Vorstellungen und Einstellungen bei der einzelnen Person in ihrem je individuellen sozialen Kontext kann Kulturalisierung vermeiden. Hieraus erwächst *Transkulturalität* als Haltung, die im wesentlichen Reflexion der gegenseitigen Übertragungen und Repräsentationen des „Anderen“ und des „Eigenen“ bedeutet. Sie entsteht in der dynamischen Beziehung zwischen den jeweiligen Kulturangehörigen.

Weiter gedacht bedeutet transkulturelle Therapiekompetenz dann nicht, ein Wissen über die Andersartigkeit des anderen zu besitzen, sondern die Fähigkeit, sich mit Distanz der eigenen Eingebundenheit in kulturelle Systeme zu vergegenwärtigen. Therapie und Beratung stellen somit einen Raum dar, der über Rekonstruktion der individuellen Geschichte in der therapeutischen Begegnung auch identitätsstiftende kulturelle Einflüsse verdeutlichen kann (Nadig & Reichmayr 2000). Im Ergebnis bedeutet dies für die therapeutische Haltung, sich für die subjektive kulturelle Identität des anderen zu interessieren.

Wenn dieser Raum invadiert wird – wie bspw. im Rahmen des Asylpakets II und den Verschärfungen der Regelungen zur gesundheitlichen Begründung von Abschiebehindernissen – führt dies zu fortgesetzter Diskriminierung und sozialer Exklusion, womit sozialem Sterben Vorschub geleistet wird, was eine soziale Psychiatrie nicht zulassen darf (Mosser 2019). Eine moderne, rassismuskritische psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund (Mecheril 2018) muss sich der Gefahr von Dominanzstrukturen auf gesellschaftlicher, politischer sowie auf therapeutisch-professioneller Ebene bewusst sein.

## Literatur

- Akhtar S (1999) The Immigrant, the Exile, and the Experience of Nostalgia. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. April 1999, Volume 1, Issue 2, pp 123–130.
- Akhtar S (2007) *Immigration und Identität*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Behrens K, Calliess IT. Gleichbehandlung ohne gleiche Behandlung: Zur Notwendigkeit der Modifikation bestehender Versorgungsstrukturen für die Behandlung von Migranten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 2008a; 76:725-733.
- Behrens, K. & Calliess, I.T. (2008b). Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten: Eine systematische Differenzierung anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse von Behandlungsverläufen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 162-168.
- Behrens K, Calliess IT. Psychotherapeutischer Beziehungsaufbau im interkulturellen Erstkontakt. *Psychotherapeutenjournal* 2011;1:13-21.
- Behrens K, Machleidt W, Haltenhof H, Ziegenbein M, Calliess IT. Somatisierung und Kränkbarkeit bei Migranten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting – Fakt oder Fiktion? *Nervenheilkunde* 2008; 7:639-643.
- Bermejo, I., Berger, M., Kriston L. & Härter, M. (2009): Ist Patientenzufriedenheit in der stationären Depressionsbehandlung von der Qualität sprachlicher Deutschkenntnisse abhängig? In: *Psychiatrische Praxis*, 36(6), 279-285.
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L. & Härter, M. (2010): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. In: *Psychiatrische Praxis*, 37(5), 225-232.
- Bhugra D (2005) Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatr Scand* 111(2):84–93
- Bhugra D, Jones P (2001) Migration and mental illness. *Adv Psychiatr Treat* 7:216–222.
- Bhugra, D. & Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 10-20.
- Bibeau G (1997) Cultural Psychiatry in a creolizing world: Questions for a New Research Agenda. *Transcultural Psychiatry* (1), 9-41.
- Bourque F, van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med*. 2011;41:897-910.
- Calliess IT, Behrens K. Psychotherapie mit Migrantinnen. In: Boothe B, Riecher-Rössler A, editors. *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen – Störungsbilder – Behandlungskonzepte*. Stuttgart: Schattauer; 2013. p. 67-74.

Calliess, I.T. & Behrens, K. (2010). Kultursensible Diagnostik und migrationsspezifische Anamnese. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychiatrie. Migration und psychische Gesundheit. S. 191-197. München: Elsevier.

Calliess IT, Machleidt W (2003) Transkulturelle Aspekte bei Persönlichkeitsstörungen. Persönlichkeitsstörungen 7:117–133.

Calliess IT, Machleidt W, Behrens K. Akkulturationsstile und migrationsspezifische Konfliktlagen bei suizidalen Krisen von Migranten: Ein Fallbericht zur Entwicklung von Behandlungsstrategien zwischen Autonomie und Bezogenheit. Suizidprophylaxe 2007a; 34 (1): 12-17.

Calliess IT, Schmid-Ott G, Akguel G, Jaeger B, Ziegenbein M. Einstellung zu Psychotherapie bei jungen türkischen Migranten in Deutschland. Psychiat Praxis 2007b; 34: 343-348.

Calliess, I.T., Ünlü, A., Neubauer, A., Hoy, L., Machleidt, W. & Behrens, K. (2009). Hannover Interview „Migration, Akkulturation und seelische Gesundheit“: Ein innovatives Instrument zur systematischen Erfassung der Risiken und Ressourcen einzelner Migrationsphasen im Hinblick auf seelische Gesundheit.

Calliess IT, Bauer S, Behrens K. Kulturdynamisches Modell der bikulturellen Identität. Interkulturelle Psychotherapie unter Berücksichtigung der Struktur des Selbst. Psychotherapeut 2012;57:36-41.

Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. Am J Psychiatry 2005;162:12-24.

Cantor-Graae E, Pedersen CB (2013) Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration. A Danish population based 2526 cohort study. JAMA Psychiatr 70(4):427–435.

Dapunt J, Kluge U, Heinz A. risk of psychosis in refugees: a literature review. Transl Psychiatry, 2017; 7, e1149; doi:10.1038/tp.2017.119.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinien Psychosoziale Therapien., Berlin 2011.

Devereux G. Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. München: Carl Hanser 1973.

Devereux G. Normal und Anormal, Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp: 1974.

DSM-V. American Psychiatric Association (APA), 2013.

Erdheim M (1992) Das Eigene und das Fremde. Über ethnische Identität. Psyche – Z Psychoanal 46:730–744.

Erikson, E.H. (1959). Identity and the life cycle. Psychological Issues Monograph 1. New York: International University Press.

Erim, Y. (2004). Interkulturelle Aspekte in der psychotherapeutischen Beziehung. Kollektive Übertragungsbereitschaften. Psychotherapie im Dialog, 5, 368-374.

Ermann M. Identität, Identitätsdiffusion, Identitätsstörung. *Psychotherapeut* March 2011, Volume 56, Issue 2, pp 135–141.

Graef-Calliess IT & Schellhammer B. (2017) Dialoge zwischen dem Eigenen und dem Fremden – Plädoyer für eine kulturdynamische interkulturelle Psychotherapie. In: Graef-Calliess IT, Schouler-Ocak M (Hrsg.) *Migration und Transkulturalität – Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart Schattauer.

Grinberg L, Grinberg R (1989) *Psychoanalytic perspectives on migration and exile*. Yale University Press, New Haven CT.

Grinberg L, Grinberg R (1990) *Psychoanalyse der Migration und des Exils*. Internationale Psychoanalyse, München.

Gutjahr O. Interkulturelle Germanistik und Kulturwissenschaft. In: Straub J, Weidemann A, Weidemann D. *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe-Theorien-Anwendungsfelder*. Stuttgart, Weimar: J.B.Metzler 2007; 144-154.

Hahn E, Ta T, Nguyen T, Graef-Callies IT (2017). Bedingungen und Möglichkeiten von Akkulturation. In: Graef-Calliess IT, Schouler-Ocak M (Hrsg.) *Migration und Transkulturalität – Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart Schattauer.

Hilpert H (2005) Migration aus psychoanalytischer Sicht. *Psychoanal Widerspruch* 34:105–118.

Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnisson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ* 2016;352:i1030.

Hovey, J. D., Kim, S. E., & Seligman, L. D. (2005). The influences of cultural values, ethnic identity, and language use on the mental health of Korean American college students. *Journal of Psychology*, 140, 499–511.

Jackson, P.L., Meltzoff, A.N. & Decety, J. (2006). Neural circuits involved in imitation and perspective-taking. *Neuroimage*, 31 (1), 429-439.

Kirkbride JB, Barker D, Cowden F, Stamps R, Yang M, Jones PB, et al. Psychoses, ethnicity and socio-economic status. *Br J Psychiatry* 2008;193:18-24.

Kirmayer, L.J. (2006). Beyond the „new cross-cultural psychology“: cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43 (1), 126-144.

Kirmayer LJ, Young A. (1998) Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives. *Psychosomatic Medicine* 60:420-430

Kluge U. Sprach- und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In: Machleidt W, Heinz A. Hrsg. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Fischer 2011; 145-154.

Knipper M (2014) Vorsicht Kultur! Ethnologische Perspektiven auf Medizin, Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt. In: Coors M, Grützmann T, Peters T (Hrsg) Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege. Göttingen Edition Ruprecht.

Knipscheer JW, Kleber RJ. Help-seeking behaviour regarding mental health problems of mediterranean migrants in the netherlands: familiarity with care, consultation attitude and use of services. *Int J Soc Psychiatry* 2005; 51(4): 372-382

Knischewitzki V, Machleidt W, Graef-Calliess IT. Interkulturelle Öffnung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems. *Nervenheilkunde* 2014;6:434-438. IF 0.281.

Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R.G. & Schouler-Ocak, M. (2008): Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. In: *Nervenarzt*, 79(3),328-339.

Kohte-Meyer I (2006) Kindheit und Adoleszenz zwischen verschiedenen Kulturen und Sprachen. Eine interkulturelle Perspektive in der Psychoanalyse. In: Wohlfart E, Zaumseil M (Hrsg) *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Springer, Berlin.Heidelberg New York Tokio, S 81–94.

Kraus, M. (2006). Somatisierung im kulturellen Kontext. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 363-376). Heidelberg: Springer.

Lilge-Hartmann A (2012) *Transkulturalität und interkulturelle Psychotherapie in der Klinik. Ethnopschoanalytische Untersuchung eines stationären Behandlungskonzepts für Migranten*. Giessen Psychosozial-Verlag.

Löckenhoff, C.E. & Carstensen, L.L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging and health: the increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of Personality*, 72 (6), 1395-1424.

Machleidt, W. (2005): Migration, Integration und psychische Gesundheit. In: *Psychiatrische Praxis*, 32(2), 55-57.

Machleidt W. (2013) *Machleidt W. Migration, Kultur und psychische Gesundheit*. Stuttgart: Kohlhammer.

Machleidt W. (2017) *Entwicklungen in der interkulturellen Psychotherapie*. In: Graef-Calliess IT, Schouler-Ocak M(Hrsg.) *Migration und Transkulturalität – Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart Schattauer.

Machleidt W, Calliess IT. (2012) *Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie*. In: Berger M, editor. *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*. 4. Auflage. München Jena: Urban & Fischer; 2012. p. 973-994.

Machleidt W, Calliess IT. *Transkulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen*. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, editors. *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 5. Auflage. Band 1. Berlin Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2017.

- Machleidt W, Kluge U, Sieberer M, Heinz A (2018): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. 2. Aufl., München: Urban & Fischer Elsevier, 650 S.
- Machleidt W, Behrens K, Ziegenbein M, Calliess IT. Integration of immigrants into the mental health care system in Germany. *Psychiatrische Praxis* 2007; 34: 325-31.
- Markus HR, Kitayama S (1991) Culture and the self: implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychol Rev* 98:224–253.
- Markus HR, Kitayama S (1998) The cultural psychology of personality. *J Cross Cult Psychol* 29:63–87.
- Mead GH (1988) Geist, Identität und Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Mecheril P. Annäherung an eine rassismuskritisch informierte Psychologie der Migrationsgesellschaft. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 2018(4): 863-871.
- Möske M, Schneider J, Koch U, Schulz H. Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. *Psychother Psych Med* 2008; 58: 176-182.
- Moesko MO, Pradel S, Schulz H (2011) Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsbl* 2011 · 54:465–474
- Moesko MO, Baschin K, Längst G, von Lersner U. (2012) Interkulturelle Trainings für die psychosoziale Versorgung. Bedarf, Konzepte und Herausforderungen. *Psychotherapeut*, Volume 57, Issue 1, pp 15–21.
- Moesko MO, Gil-Martinez F, Schulz H (2013) Cross-Cultural Opening in German Outpatient Mental Healthcare Service: An Exploratory Study of Structural and Procedural Aspects. *Clinical psychology and Psychotherapy*. 2013; 20(5):434–446.
- Morina N, Maier T, Schmid M. Lost in Translation? Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *Psychother Psych Med*.2010;60:104-110.
- Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr Bull* 2010;36:655-64.
- Mosser P (2019) Flucht – Trauma – Abschiebung. Der Umgang mit geflüchteten Menschen als Manifestation verschränkter Disziplinlogiken. *Forum Gemeindepsychologie*: 2019(24):1-14.
- Nadig M. (2006) Das Konzept des Raumes als methodischer Rahmen für dynamische Prozesse. In: Wohlfahrt E, Zaumseil M (Hrsg.) *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie*. Heidelberg, 68-79.
- Nadig M, Reichmayr J. (2000) Paul Parin, Fritz Morgenthaler und Goldy Parin-Matthèy. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg, 72-84.



Nesterko Y, Jäckle D, Friedrich M, Holzapfel L, Glaesmer H. Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2019;1-11. Doi.org/10.1017/S2045796019000325.

Nika, L. & Basdekis, R. (2000). Somatisierung. In C. Haasen & O. Yagdiran (Hrsg.), *Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft* (S. 71-88). Freiburg: Lambertus.

Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U. Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/ psychotherapeutischen Behandlungssetting - Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. *Bundesgesundheitsblatt; Bundesgesundheitsbl.*2012; 55: 1168-1175

Qureshi A, Collazos F. The intercultural and interracial therapeutic relationship: Challenges and recommendations. *International Review of Psychiatry.*2011;23(1),10-19.

Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casas M. Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry.*2008;23,S49-S58.

Reichmayr J. *Ethnopsychanalyse. Geschichte, Konzepte, Anwendungen.* Gießen: Psychosozialverlag 2010.

Rommelspacher, B. (2000). Interkulturelle Beziehungsdynamik in Beratung und Therapie. In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Zeiten der Veränderung.* (S. 161-171). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Schouler-Ocak, M., Bretz, H.J., Hauth, I., Heredia-Montesinos, A., Koch, E., Driessen, M., Heinz, A. (2010): Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen – ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft und Patienten ohne Migrationshintergrund. In: *Psychiatrische Praxis*, 37(8), 384-90.

Schouler-Ocak, M., Calliess, I.T., Falkai, P. & Maier, W (2012): Positionspaper der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland  
[http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-09-12-positionspapier-migration.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-09-12-positionspapier-migration.pdf) (download: 03-01-2013).

Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS (2007) Migration and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 20:111–115.

Simon, G.E., Korff, M. von, Piccinelli, M., Fullerton, C. & Ormel, J. (1999): An international study of the relation between somatic symptoms and depression. In: *New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329–1335.

Sluzki, C. (2001). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 101-115). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Spallek, J. & Razum, O. (2007): Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich Prävention. In: *Medizinische Klinik*, 102(6), 451-456.

Thomas K (1997) Zugehörigkeit und Abgrenzung. Über Identitäten. Syndikat, Bodenheim.

Triandis HC, Leung K, Villareal MV, Clack FL (1985) Allocentric versus idiocentric tendencies: convergent and discriminant validation. *J Res Pers* 19:395–415.

Trilesnik B, Altunoz U, Wesolowski J, Eckhoff L, Ozkan L, Loos K, Penteker G, Graef-Calliess IT (2019) Implementing a Need-Adapted Stepped-Care Model for Mental Health of Refugees: Preliminary Data of the State-Funded Project “RefuKey”. *Front. Psychiatry* 10:688. doi: 10.3389/fpsy.2019.00688

UN 2016

Veling W, Selten JP, Susser E, Laan W, Mackenbach JP, Hoek HW. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *Int J Epidemiol* 2007;36:761-8.

Veling W, Susser E, Selten JP, Hoek HW. Social disorganization of neighborhoods and incidence of psychotic disorders: a 7-year first-contact incidence study. *Psychol Med* 2014;17:1-10.

Walsh SD, Shulman S (2007) Splits in the self following immigration. An adaptive defense or a pathological reaction? *Psychoanal Psychol* 24:355–372.

Winnicott DW (1953) Transitional objects and transitional phenomena – A study of the first not-me possession. *Int J Psychoanal* 34:89–97.

Wulff E (1997) Vergesellschaftung als Bewusstseinsakt. *Forum Krit Psychol* 38:157–167.

Zick, A. (2010). *Psychologie der Akkulturation: Neufassung eines Forschungsbereiches*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.