

Universität Koblenz-Landau

Fachgebiet Psychologie

Psychotherapie muslimischer Patienten in Deutschland

Dissertationsschrift

Vorgelegt von

Hamid Rezapour

Landau, im August 2008

Gewidmet meinen lieben Kindern, Jasmin und Sophie

Danksagung

Die Anregung, mich mit Menschen mit migratorischem Hintergrund intensiv zu beschäftigen, verdanke ich meinem Psychologiestudium an der Universität Koblenz-Landau im Jahre 1985.

An erster Stelle möchte ich mich bei meiner Betreuerin Frau Prof. Dr. Annette Schröder herzlich bedanken, die dieser Arbeit gegenüber von Beginn an sehr aufgeschlossen war. Bei den relevanten Aspekten des Forschungsvorhabens hat sie mich bei der gesamten Arbeit durch ihre konstruktive Kritik unterstützt und war jederzeit für Probleme ansprechbar.

Einen aufrichtigen Dank auch an meinen nächsten Betreuer Herrn Prof. Dr. Halsig für sein Interesse und seine Offenheit.

Ich danke Frau Gabriele Burckgard, der Sachbearbeiterin des Dekanats der Promotion/Habilitation der Universität Koblenz-Landau für ihre Mühe und Hilfsbereitschaft.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Rainer Baumann für seine Bereitschaft zur Korrektur der Arbeit.

Herrn Jens Reul danke ich für die Hilfe bei der Erfassung der statistischen Daten.

Herrn Dr. Christoph Schneider verdanke ich seinen wertvollen Hinweis zur Statistik.

Vor allem aber möchte ich mich an dieser Stelle bei allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten aus 16 Bundesländern und 22 Nationen sowie all denjenigen, die mir im Laufe der Empirie anregend ihre Zeit schenkten, herzlich bedanken. Ohne ihre Bereitschaft, Mitwirkung und Geduld wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Damit findet eine nahezu zehnjährige Forschung ihren vorläufigen Abschluss.

Landau, im August 2008

Hamid Rezapour

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Einleitung	8
1. Begriffsklärungen und definitorische Abgrenzungen	12
1.1 Der Begriff der Kultur	12
1.2 Der Begriff der Identität	14
1.3 Interkulturalität, Multikulturalität und Transkulturalität sowie ihre Bedeutung für die Psychologie	17
1.4 Vier psychologische Subdisziplinen als Ressourcen der vorliegenden Arbeit	19
2. Ätiologie und Kultur	23
2.1 Ethnomedizin bzw. Medizinethnologie	23
3. Muslime in Deutschland	29
3.1 Sozialstruktur Deutschlands im Hinblick auf muslimische Bevölkerungsteile	29
3.2 Organisation muslimischer Lebenswelt in Deutschland	31
3.3 Religiosität unter Muslimen in Deutschland	32
3.4 Muslimische Lebenswelt im Kontext der Mehrheitsgesellschaft	34
3.5 Generationenkonflikte in muslimischen Familien	35
4. Islam aus anthropologischer Perspektive	37
4.1 Kurze Einführung	37
4.2 Anthropologische Betrachtungen der islamischen Lebensweise	40
4.2.1 Vorislamische Gesellschaftsform und ihr Erbe in der Gegenwart	41
4.2.2 Sozialisierung in muslimisch verfassten Gesellschaften	42
4.2.3 Kollektivistische Persönlichkeit	45

4.2.4	Geschlechterverhältnisse	49
4.2.5	Sexualität	51
4.2.6	Muslimisches Körper- und Gesundheitsverständnis	53
4.3	Psychopathologie bei muslimischen Patienten	57
4.3.1	Somatoforme Erkrankungen	58
4.3.2	Angst- und Zwangsstörungen	59
4.3.3	Depressionen	60
4.3.4	Persönlichkeitsstörungen	61
4.3.5	Beeinträchtigung von Sexualfunktion und Sexualerleben	62
4.3.6	Psychotische Störungen	63
5.	Ansätze kultursensibler therapeutischer Arbeit mit muslimischen Patienten	65
5.1	Grundlagen einer kultursensiblen Psychotherapie	65
5.2	Die Einschätzung des Patienten	67
5.3	Der Koran als therapeutischer Ratgeber	70
5.4	Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie	71
5.5	Psychoanalyse	72
5.5.1	Ethnopsychanalyse und Ethnopsychiatrie	74
5.5.2	Die gegenwärtige ethnopsychanalytische Therapiepraxis in Frankreich	82
5.6	Familientherapie	84
5.7	Paartherapie und sexualitätsnahe Konfliktfelder	85
6.	Praktische Umsetzung interkultureller Konzepte im klinisch - therapeutischen Kontext	87
6.1	Interkulturalität und Transkulturalität in der Pflege und Seniorenbetreuung	87
6.2	Einrichtungen kultursensibler psychosozialer Versorgung	90
6.2.1	Das Centre George Devereux in Paris	90

6.2.2	Die Ethnopsychiatrische Ambulanz am Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision (ZIPP) der Charité Berlin	90
6.2.3	Die Bertaklinik zu Hannover	92
6.3	Die Sonnenberger Leitlinien	92
7.	Empirie	96
7.1	Forschungsstand	96
7.2	Eigene Fragestellung	97
7.3	Methoden	99
7.3.1	Angewandte Untersuchungsverfahren	99
7.3.2	Untersuchungsverlauf	104
7.3.3	Gewinnung und Beschreibung der Stichprobe	106
7.3.4	Verwendete Verfahren der Datenanalyse	107
7.4	Darstellung der Ergebnisse	108
7.5	Diskussion der Ergebnisse	204
7.6	Grenzen vorliegender Arbeit, Zusammenfassung und Ausblick	218
8.	Verknüpfung von Theorie und Empirie unter Aspekten der Verwertbarkeit für die psychotherapeutische Praxis sowie die Ausbildung von Psychotherapeuten	220
8.1	Institutionelle Überlegungen	220
8.2	Informationelle Überlegungen	221
8.3	Therapiebezogene Überlegungen und Überlegungen zur forschungsleitenden Frage	221
	Anhang I: Literaturverzeichnis	227

Anhang II: Fragebogen für Psychotherapeuten	240
Anhang III: Fragebogen für Ärzte	245
Anhang IV: Fragebogen für muslimische Patienten	249
Anhang V: Fragebogen für deutsche bzw. nichtmuslimische Patienten	254

Vorwort

Diese Arbeit will unter keinen Umständen den Eindruck erwecken, psychische Probleme von muslimischen Patienten exotisieren zu wollen, noch soll hierdurch der mitunter schädliche Diskurs der kulturellen Differenz unnötig genährt werden.

So bleibt dem Autor das erkenntnistheoretische Dilemma der Ethnologie und damit mittelbar der interkulturellen Psychologie bewusst, das sich aus einem unobjektivierbaren perspektivischen Zentrismus und dem Anspruch, das Fremde wissenschaftlich zu erfassen, ergibt.

Reduktionismen, die sich mit den Labels „Sozialcharakter“, „ethnische Identität“, „basic personality structure“ oder dergleichen versehen lassen, werden an dieser Stelle abgelehnt.

So soll der Mensch als Individuum mit seiner spezifischen soziokulturellen Biografie und seinem jeweiligen Grad an Religiosität im Laufe der Ausführungen nicht in der anonymen Masse der muslimischen Glaubensgemeinschaft oder der Nationalität bzw. Ethnizität abtauchen und weder als quantitativer Cluster noch als qualitative Idealtypisierung oder bloße Summe von ethnografischen Attributen in dieser Arbeit erscheinen.

In vorliegender Arbeit ist bei Personenangaben durchgängig die maskuline Form angegeben, um die Lesbarkeit zu erleichtern.

Frauen sind an den entsprechenden Stellen mit eingeschlossen oder gesondert hervorgehoben.

Einleitung

„Die Hilflosigkeit unseres medizinischen Systems gegenüber „somatisierenden“ ausländischen Patienten dokumentiert sich u.a. in der manchmal abenteuerlichen Vormedikation mit einem Cocktail aus Psychopharmaka (ggf. nebst hochdosierter Schmerzmittel), der kaum ein psychiatrisches Zielsyndrom auslöst und jeden seriösen Psychiater schaudern lässt“ (Branik & Mulhaxa, 2000, S.185). Dergestalt beschrieben Branik & Mulhaxa bereits im Jahre 2000 die Begegnung ausländischer Patienten mit der deutschen (psychosozialen) Gesundheitsversorgung.

Allzu oft treten diese Behandlungsdefizite als „Einverständnis im Missverständnis“ auf, so dass sich die Problemschwere im Zeitverlauf perpetuiert und der Symptomatik, die sich in der stationären Psychotherapie schließlich offen legt, letztlich nur noch mit hoch frequentierter psychosomatischer Therapie begegnet werden kann (Brucks, 2004).

Zwar ist das therapeutische Pendant zum „Gastarbeiterprofil“ der 1970er Jahre längst in ein umfassendes Bemühen um interkulturelle Versorgung auf psychosozialem Felde gemündet, aber es drängt sich der Verdacht einer systematischen Unter- bzw. Fehlversorgung in Bezug auf ausländische Minoritäten auf, die sich – wie oben erwähnt - vor allem im überdurchschnittlich hohen Schmerzmittelabusus ausdrückt.

So lässt sich konstatieren, dass schon seit den 1980er Jahren dieser Abusus insbesondere bei türkischen Patienten auffällig ist (Brucks & Salisch, 1987; Lindert, 2008).

Der Bedarf an kultursensiblen Antworten auf kulturspezifische und psychosoziale Fragen in einer sich globalisierenden Gesellschaft wurde mancherorts erkannt und Versuche, ihn zu decken, wurden vereinzelt unternommen (Lindert, 2008).

Exemplarisch sei hier die Ethnopsychiatrische Ambulanz am Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision (ZIPP) der Charité Berlin genannt, die seit 2002 muttersprachlich nichtdeutsche Einwohner der Bundesländer Berlin und Brandenburg mithilfe eines

interkulturellen und kultursensiblen Ansatzes betreut.

Die am ZIPP vorliegende ethnische und religiöse Verteilung der Patientengruppe spiegelt dabei die gesamtdeutsche migrationsspezifische Sozialstruktur wider: mit 3,2 Millionen Anhängern ist die islamische Gemeinde die weitaus größte Minderheit in der Bundesrepublik (siehe Kapitel 3.1).

Es scheint mithin, dass die Versorgung insbesondere der muslimischen Gemeinde in Deutschland in der jüngsten Zeit verstärkt Aufmerksamkeit erfährt.

Als Beweis hierfür soll der erste deutschsprachige Ratgeber für Muslime bei psychischen und psychosozialen Krisen, der im Jahre 2005 erschienen ist, angeführt werden. Hier hat zum ersten Mal ein muslimisches Autorenpaar einen Wegweiser an die Muslime in Deutschland adressiert, der erstens durch das deutsche Gesundheitssystem führt und zweitens den Ratsuchenden ein grundlegendes psychologisches Glossar an die Hand gibt (Laabdallaoui & Rüschoff, 2005). Die Ausgabe 58 der Fachzeitschrift Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie hat diesem Thema ebenfalls besonderes Augenmerk gewidmet.

Trotz dieser vereinzelt auffindbaren Versuche, interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitssystem zu verankern und trotz der mittlerweile zahlreichen Studien aus dem medizinischen Sektor sind die psychosoziale Situation und die psychotherapeutische Erfahrungswelt von Muslimen bisher kaum erforscht.

Einen Beitrag hierzu will die vorliegende Arbeit leisten, in dem sie sowohl die medizinische als auch vor allem die psychosoziale Versorgung muslimischer Patienten in den Fokus rückt.

Dazu wird in einem ersten Schritt ein Überblick über die Terminologie gegeben, die im Laufe der Arbeit an verschiedenen Stellen Eingang finden wird.

Anschließend soll der Zusammenhang von Ätiologie und Kultur ins Blickfeld gerückt werden. Hierbei wird eine Umschau auf die letzten drei Jahrzehnte kulturvergleichender Studien skizziert.

In einem dritten Schritt soll die Sozialstruktur Deutschlands hinsichtlich muslimischer Minoritäten und deren geografischer Verteilung bzw. Organisationsgrad untersucht werden, um zu zeigen, wie mannigfaltig der Islam in Deutschland Fuß gefasst hat und wie stark bereits die Fundamente entwickelt sind, auf denen eine Erweiterung deutscher Versorgungsdienste um kultursensible Inhalte erwachsen könnte.

Hervorzuheben ist dabei, dass sich der Fokus tendenziell auf nicht-traumatisierte muslimische Patienten richtet, da sich hier eine eigene psychopathologische Symptomatik nachweisen lässt. Es sind vielmehr die mittlerweile drei Generationen muslimischer Einwanderer (unter ihnen mehrheitlich Türken), die an dieser Stelle besonderes Augenmerk erfahren und nicht die Asylbewerber und Flüchtlinge anderer Herkunft, auch wenn Überschneidungen nicht immer vermeidbar sind.

Eine Hinwendung zur muslimischen Alltagserfahrung kommt dabei nicht ohne Berücksichtigung der Glaubensinhalte aus. Aus diesem Grund sollen die Schnittmengen herausgearbeitet werden, die sich aus religiöser Praxis und dem Patientensein ergeben, da an dieser Stelle die größten Unzulänglichkeiten innerhalb des deutschen Gesundheitssystems zu erkennen sind.

Ebenso soll an dieser Stelle ein anthropologischer Blick auf die muslimische Kultur und Lebensweise geworfen werden.

Daran schließt sich eine Umschau auf die psychotherapeutischen Ansätze und deren Potential an, die durch kultursensible Komponenten erweitert werden.

Es sollen ferner Schlaglichter auf die benachbarten Systemkomponenten der Gesundheitsversorgung geworfen werden, namentlich die Pflege (stationär und ambulant): ein Problemkreis, der die Interkulturalität erst in jüngster Zeit für sich entdeckt hat, innerhalb dessen sich die Frage nach kulturkompetenter Sensibilität aber nicht minder drängend stellt.

Das Kapitel schließt mit einem Blick auf psychosoziale Versorgungseinrichtungen, die bereits kultursensibel arbeiten und schließlich

auf die im weiteren Verlauf der Arbeit eigens behandelten Sonnenberger Leitlinien.

Der letzte Teil widmet sich ganz der Empirie: Der Stand der Forschung zum Thema sowie die eigenen quantitativen Erkenntnisse sollen hier detailliert vorgestellt werden. Dabei kommen sowohl Behandelnde als auch Behandelte zu Wort, Christen und Muslime, seien sie ausgeprägter oder weniger religiös. Indes speist sich die große Mehrheit der Samples aus dem Pool religiöser Muslime in psychotherapeutischer Behandlung. Die Schlüsselfragen lauten dabei: „Welche Erfahrungen machen Muslime in der psychotherapeutischen Praxis?“, „Was ist in diesem Zusammenhang unter interkulturellen Missverständnissen zu verstehen?“ und „Wie ist diesen Herausforderungen zu begegnen?“.

Abschließend sollen die theoretischen Überlegungen, die alltagsrelevanten Sozialphänomene sowie die empirischen Ergebnisse unter dem Aspekt der konkreten Verwertbarkeit für die psychotherapeutische Praxis zusammengefasst und Vorschläge für eine kultursensible psychosoziale Gesundheitsversorgung formuliert werden.

1. Begriffsklärungen und definitorische Abgrenzungen

Im Laufe der Arbeit werden unweigerlich Begrifflichkeiten eingeführt, die aufgrund der immanenten Vielgestaltigkeit und Kontextabhängigkeit einer näheren Definition bedürfen.

1.1 Der Begriff der Kultur

Zuvorderst rangiert der Begriff der Kultur. Seine Dechiffrierung erfährt unterschiedlichste Nuancen je nach Bezugsdisziplin und Schule sowie in Abhängigkeit von der Akzentuierung einer bestimmten Facette des semantischen Feldes. Aus anthropologisch-ethnologischer Sicht erscheint es opportun, der historischen Zeitleiste zu folgen: Für den Begründer der Völkerkunde, Edward B. Tylor, bedeutet Kultur einen Komplex, der Wissen, religiöse, rechtliche und moralische Werte, Kunst und Bräuche in sich fasst und darüber hinaus die gewohnheitsmäßigen Verhaltenselemente einschließt, die ein Mensch als Mitglied der Gesellschaft verinnerlicht (Tylor, 1873).

Bronislaw K. Malinowski hebt in seiner Kulturdefinition auf eine differenziertere Inventarisierung des Begriffs ab, indem er die Nutzfunktion von Kultur berücksichtigt. Nach Malinowski nimmt Kultur im Leben des Menschen und seiner Gemeinschaft die Stellung eines komplexen Konditionierungsapparates ein, der neben der biologischen Disposition zahlreiche erzieherische Aufgaben in sich vereint, worunter in erster Linie die Tradierung von Fähigkeiten, die Einweisung in die Normen der Gemeinschaft und die Herausbildung von ästhetischem Empfinden firmieren (Malinowski, 1935).

Etwas allgemeiner, aber mit der gleichen Stoßrichtung erklärt Clifford Geertz Kultur als ein System von vererbten Konzeptionen, die symbolisch und in

kommunikativer Interaktion zwischen Individuen ihren Ausdruck finden und somit das Wissen um das Leben und die Vorstellung von der Welt von einer Generation zur nächsten weitergetragen (Geertz 1996).

Und schließlich Lévi-Strauss, der sich – unter methodologischen Gesichtspunkten - auf die Unterscheidbarkeit von einer Kultur im Vergleich mit einer anderen beschränkt, ohne die Charakteristika näher zu benennen (Lévi-Strauss, 1974).

Nach Hellpach sind diese Charakteristika - wie Lévi-Strauss sie anspricht - geistiger Natur (Kunst, Religion, Schrift, Sprache) und sozialer Natur (Sitte, Recht, Erziehung, Gesellschaft, Staat) (Hellpach, 1953).

Die Erkenntnis der Tatsache, dass der Begriff Kultur selbst schon kulturabhängig ist, schwingt indes in der Umschreibung von Jürgen Habermas mit, der sie als „fraglos akzeptiertes Hintergrundwissen“ bezeichnet und ihr gleichsam „kontextbildende“ und „texterzeugende“ Kraft zuerkennt (Habermas, 1982). Ebenso bedeutsam ist unter Verweis auf Habermas' Theorie des kommunikativen Handelns der Lebensweltbezug von Kultur, der sich hier im Zusammenspiel mit Gesellschaft und Persönlichkeit als empirischer Bestandteil jener Lebenswelt manifestiert (Habermas, 1982).

Herauszustellen ist dabei letztlich die dualistische Deutung des Begriffs der Kultur, die sich sowohl in der (vor allem deutschsprachigen) Ethnologie als auch in der Kulturosoziologie (auch hier zuvorderst im deutschsprachigen Raum) durchgesetzt hat (Dornheim, 1997). Hinter diesem Dualismus verbergen sich zum einen die Kategorie der Struktur der Kultur, die auf sozialen Formen und Institutionen fußt, zum anderen die Kultur der Kultur, die auf Symbole, Werte und Sinnvorstellungen abhebt (Stagl, 1986).

Obgleich diese Auflistung als Gemeinplatz daher kommt, soll hiermit das konstitutive Repertoire entfaltet werden, das dazu dienen wird, die folgende Klärung des Begriffs Identität zu erleichtern und später die

Lebensweltanalyse innerhalb muslimischer Gemeinschaften in der Bundesrepublik einzuleiten.

Abschließend sollen die Beziehungen Kultur-Gesellschaft und Kultur-Individuum Erwähnung finden: Die kulturvergleichende Forschung ist sich in beiden Beziehungsgattungen uneinig darüber, welche Variable in diesen oben genannten Paarkonstellationen die abhängige und welche die unabhängige ist. Ein mehrheitlicher Konsens scheint inzwischen über die wechselseitige Abhängigkeit und den interaktiven Charakter der Beziehungen zu bestehen (In diesem Zusammenhang entfaltet sich auch seit nahezu vier Jahrzehnten die „emic“ und „etic“-Debatte) (Thomas, 1991) .

Es kommt der weiter unten erläuterten empirischen Untersuchung daher zupass, sich mit dem Begriff „Kultur“ auf ein Variablenpaket zu beziehen, dass die Entwicklung und das Handeln des Einzelnen beeinflusst und zugleich von diesem Einzelnen in seiner Entität beeinflusst wird. Dieses Paket umfasst dabei der Definition Hellpachs zufolge in erster Linie geistige (Kunst, Religion, Schrift, Sprache) und soziale Kategorien (Sitte, Recht, Erziehung, Gesellschaft, Staat) (Hellpach, 1953).

Diese Kategorien sind eingebettet in eine „verborgene Dimension, die die Menschen steuert, ohne dass diese sich dessen bewusst sind... (Diese Dimension „Kultur“, H.R.)... bestimmt maßgeblich unser soziales Ich, unser Wir, unser gesellschaftliches Handeln, unsere Lebenseinstellungen, unser Gesundheitsverhalten und unsere subjektiven Krankheitskonzepte“ (Hall, zit. nach Cerda - Hegel, 2008, S.141).

1.2 Der Begriff der Identität

Hinsichtlich des Schemas der Identität findet sich weitgehend Einigkeit in Bezug auf das Charakteristikum der exogen verorteten Determiniertheit (vgl. Stryker, 1980; Baumeister, 1997), wenngleich nicht von einer ausschließlichen Fremdbestimmtheit der Identität ausgegangen werden kann (Erikson, 1968).

Auch Sampson (1978) unterscheidet bei der Identitätsausbildung zwei verschiedene Ebenen: eine versteht sich dabei als fußend auf subjektiv hoch eingeschätzten, identitätsstiftenden Referenzen (Geschmack, Vorlieben), während die zweite eine soziale, durch ihre Umwelt und in Interaktion erwachsene Identitätsebene darstellt.

Schneider (2001) betont in seiner Arbeit diese gespaltene Wesenhaftigkeit der sozialen Identität im Hinblick auf ihre Umwelt- und Interaktionssensualität: Während einerseits das Wissen um Ähnlichkeiten mit einer Gruppe (der eigenen Gruppe) als identifikatorischer Orientierungspunkt dient, muss indes simultan eine Fremdgruppe mit abweichenden Merkmalen erkennbar sein, worunter z. B. der soziale Hintergrund zu verstehen ist (ebd. 2001, S. 94). Im Folgeschluss korreliert Eigengruppenidentifikation positiv mit Abgrenzungsgrad der Fremdgruppe (Deschamps & Devos, 1998).

Im Rahmen der Erforschung der Entstehung von Vorurteilen (Lilli, 1975; Tajfel & Turner, 1971) werden die beiden Seiten dieses Intergruppenverhaltens als In- bzw. Outgroup bezeichnet.

Diese Trennung verläuft dabei entlang ökonomischer (Beruf, Status), sozialer (Herkunft, Bildung), religiöser oder ethnischer Linien.

Letzteres Merkmal wird verstärkt von entwicklungspsychologischen Forschungsrichtungen ins Feld geführt (Katz, 1976).

So erweist sich Identität als begriffliches Konstrukt mit indes realer (wenngleich empirisch nicht leicht operationalisierbarer) Entsprechung auf Seiten des Individuums als Mitglied eines übergeordneten identitätsstiftenden Corpus oder mehrerer Corpi (Religion, Kultur und als Folgeinstanz die Erziehung).

Es wird im anthropologischen Teil der Arbeit die muslimische Identifikation exemplarisch näher beleuchtet und dabei das Augenmerk auf die verschiedenen Corpi gelegt, die sich durch die Verschmelzung von Kultur und Religion nur mehr schwerlich entwirren lassen und die dann als Amalgam für die Sozialisation – im Sinne eines identitätsstiftenden Momentums - eine tragende Rolle spielen.

Dies ist gewiss eine Sozialisation, die sich entweder von der deutschen (westlichen, laizistischen, christlichen) fundamental unterscheidet (wie im Falle der ersten Einwanderergeneration) oder die sich in Grundzügen aufgrund einer intrafamilialen Kontinuität von der Sozialisation der Mehrheitsgesellschaft absetzt (wie im Falle der zweiten und dritten Generation).

Dabei soll stets eingedenk bleiben, dass nicht die Bildung einer Gruppenidentität Ausgangspunkt der folgenden Untersuchungen ist, sondern die Herausbildung einer individuellen Identität, die gleichwohl „unter Rückgriff auf kollektive Erfahrungen und kulturelle Ressourcen“ stattfindet (Auernheimer, 1995).

Auernheimer umschreibt die kulturelle Identität weiter:

„Somit wird ... nicht nach sozialen Mechanismen und Strategien gefragt, sondern nach den kulturellen Inhalten und Formen, die für die persönliche Sinn - und Motivbildung herangezogen werden. Identität bestimmt sich als Verhältnis des Individuums zu sich selbst, zur Gesellschaft, zur Welt. Erst die Art, wie sich jemand zu den durch Kollektiverfahrungen und kulturellen Codes bedingten Eigenheiten ins Verhältnis setzt, macht seine kulturelle Identität aus“ (S.109).

Jene kulturellen Bezugsquellen und gemeinschaftlichen Erfahrungen sind es, die im Folgenden behandelt und in der realen, also lebensweltlichen Entsprechung eines Muslims (Auernheimers Verhältnissetzung also) rekonstruiert werden.

1.3 Interkulturalität, Multikulturalität und Transkulturalität sowie ihre Bedeutung für die Psychologie

Streng genommen stehen hinter den Begriffen „Interkulturalität“, „Multikulturalität“ und „Transkulturalität“ sehr unterschiedliche Konnotationen, vor allem hinsichtlich der Abgrenzung letzteren Begriffs gegenüber den beiden vorangehenden. Nichtsdestoweniger findet sich in der Literatur ein oftmals nur unscharf getrennter Gebrauch des Begriffspaars „Interkulturalität-Transkulturalität“. Letztgenannter Begriff hat erst in jüngster Vergangenheit breitere Anwendung in der Psychologie und ihren verwandten Disziplinen gefunden (obgleich er in der Philosophie schon weitaus früher behandelt wurde); (Welsch, 1995).

Während die Begriffe Interkulturalität und Multikulturalität grundsätzlich von der sog. Insel- bzw. Kugelidentität von Kulturen ausgehen, die in sich geschlossen, kohärent und homogen sind, hebt der Terminus „Transkulturalität“ hingegen auf die Vernetzung und Interdependenz zweier Kulturen ab. Der Grad dieser Vernetzung nimmt gemäß der fortschreitenden Durchmischung von kulturellen Inhalten (als Facette der Globalisierung) zu, während gleichermaßen die Polarität von zwei Kulturen abgebaut wird (Welsch, 1995). Dies bedeutet, dass innerhalb des Konzepts der Transkulturalität jene kulturellen Elemente Gegenstand der Untersuchung sind, die bei der Durchdringung von Kultur am Menschen „haften bleiben“ bzw. die er (bewusst oder unbewusst) zu seinem Ursprungsrepertoire (sofern es dies in Reinform gibt) hinzufügt.

Der an einigen Stellen angemerkte negative Bedeutungsmitschwang des Begriffs „Interkulturalität“ soll in den Grenzen dieser Arbeit ausgeblendet werden (siehe hierzu: Welsch, 1995). Es soll hervorgehoben werden, dass eine interkulturelle Begegnung vor allem „den Umgang mit fremdem Handeln, Wissen und kommunikativem Verhalten allgemein, die Erschließung entsprechender fremder Bedeutungen, die Reflexion der Wirkung fremder Bedeutungen auf die eigene Handlungsorientierung und die Reflexion der

möglichen Wirkung des eigenen als fremdem Verhalten auf das Gegenüber“ bezeichnet (Müller-Jaquier, 1994).

Die zentrale Frage bei interkulturellen Untersuchungen oder Untersuchungen zu Einflüssen von Kultur auf Verhalten ist, wie "Kultur" und "kulturelle Inhalte" ermittelt werden können. Dazu recurriert die kulturvergleichende Forschung vorrangig auf drei Konstrukte:

a. Kulturdimensionen (nach Hofstede): Unterschiedliche Kulturen lassen sich durch eine relative Anordnung auf bipolaren Skalen anschaulich darstellen. Hofstede führte zwischen 1968 und 1974 umfangreiche Studien zu Arbeitswerten in 60 Ländern durch. Anhand einer Faktorenanalyse ermittelte er fünf Kulturdimensionen, die er "Machtdistanz", "Unsicherheitsvermeidung", "Maskulinität/Feminität", "Individualismus/Kollektivismus" und "Langzeit- vs. Kurzzeitorientierung (bzw. konfuzianistische Dimension)" nannte. Damit wurde sein Konzept im Wesentlichen in die interkulturelle Forschung eingeführt und seitdem regelmäßig rezipiert.

b. Kulturstandards: Nach Thomas (1991, 1996; zitiert nach Honold, 2000) konstituiert sich Kultur aus Kulturstandards. "Unter Kulturstandards werden alle Arten des Wahrnehmens, Denkens, Wertens und Handelns verstanden, die von einer Mehrzahl der Mitglieder einer bestimmten Kultur für sich persönlich und andere als normal, selbstverständlich, typisch und verbindlich angesehen werden. Eigenes und fremdes Verhalten wird auf Grundlage dieser Kulturstandards reguliert. ... Die individuelle und gruppenspezifische Ausprägung von Kulturstandards kann innerhalb eines gewissen Toleranzbereiches variieren. ... Zentrale Kulturstandards einer Kultur können in einer anderen Kultur völlig fehlen oder nur von peripherer Bedeutung sein. Verschiedene Kulturen können ähnliche Kulturstandards aufweisen, die aber jeweils unterschiedliche Funktionen erfüllen können, in unterschiedlichen Handlungsfeldern wirksam werden und unterschiedlich weite Toleranzbereiche aufweisen."

Kulturstandards beschreiben das typische kulturelle Orientierungssystem einer Kultur aus der Sicht einer anderen Kultur. Sie werden durch Untersuchungen bikultureller Interaktionssituationen ermittelt.

c. Kulturelle mentale Modelle und Schemata: Shore (1996, zitiert nach Honold, 2000) beschreibt Kultur als die Interaktion zwischen (inneren) Kognitionen und (äußerem) Handeln. Das konkrete Erleben und Handeln innerhalb einer bestimmten Umwelt liefert die Grundlage für jede weitere Form des Wahrnehmens, Denkens und Handelns. Institutionalisierte Modelle sind Abstraktionen und Generalisierungen dieses konkreten Erlebens, die für alle Mitglieder einer bestimmten Kultur offen zugänglich sind. Als Basis-Schemata bezeichnet Shore stark abstrahierte Modelle, die von den Mitgliedern einer Kultur meist völlig internalisiert sind und in sehr heterogenen Lebensbereichen wirksam sind. Diese drei Bereiche (konkretes Erleben, institutionalisierte Modelle und Basis-Schemata) beeinflussen sich wechselseitig durch Assimilation und Akkomodation (vom konkreten Erleben zum institutionalisierten Modell zum Basis-Schema und umgekehrt). Erst durch Erinnern und bedeutungssuchendes Analogiebildern des einzelnen Individuums und erst durch sein Handeln in der Welt werden kulturelle Modelle konkret wirksam. Somit wird der dynamische Aspekt von Kultur betont.

1.4 Vier psychologische Subdisziplinen als Ressourcen der vorliegenden Arbeit

a. Kulturvergleichende Psychologie:

Innerhalb der kulturvergleichenden Psychologie (Alexander Thomas und Hede Helfrich als Hauptvertreter) wird Kultur als externe Variable betrachtet, die das Verhalten von Menschen in verschiedenen Ländern beeinflusst. Die Welt wird als großes Labor betrachtet, das unterschiedliche Bedingungen für vergleichbares Verhalten (etwa Erziehung oder Führungsverhalten) schafft. Somit kann Kultur Unterschiede im Verhalten erklären und vorhersagen.

Die kulturvergleichende Psychologie versucht, die kausal wirkenden Faktoren zu isolieren, um Kultur auf ein Bündel messbarer Variablen

zurückzuführen. Dieser Annahme liegt zugrunde, dass es universale Gesetze des menschlichen Wahrnehmens, Denkens, Verstehens und Handelns gibt, die sich wissenschaftlich ermitteln lassen. Die kulturvergleichende Psychologie hat sich v. a. mit der kulturellen Angemessenheit verschiedener Erhebungsmethoden beschäftigt.

b. Kulturpsychologie:

Die Kulturpsychologie (Wundt, Toulmin) bricht mit der empirischen Tradition der kulturvergleichenden Psychologie und hebt die Trennung von Kultur und Individuum auf. Es wird angenommen, dass Kultur und Geist sich gegenseitig durchdringen und jedes Verhalten unausweichlich kulturell ist. Der Versuch, Kultur von Verhalten zu isolieren, ist sinnlos, denn Menschen ohne Kultur sind nach Ansicht der Kulturpsychologie undenkbar. Das Ziel der Kulturpsychologie besteht darin, ein analytisches Modell zu entwickeln, das die Wechselwirkung zwischen "intentionalen Menschen" und "intentionaler Welt" erfasst. Es wird nicht davon ausgegangen, dass die Grundlagen menschlichen Lebens von Natur aus festgelegt sind. Vielmehr wird die Psyche als etwas betrachtet, das mit der Umwelt in Interaktion steht und sich durch die Auseinandersetzung mit den mentalen Repräsentationen der umgebenden Welt auch verändert.

Die Kulturpsychologie ist eher auf das Verstehen als auf das Vorhersagen von Verhalten ausgerichtet, wobei auch ein Vergleich zwischen Kulturen durchgeführt wird, da das Fremde immer nur in Abgrenzung zum Eigenen erkannt werden kann (Boesch, 1996; zitiert nach Honold, 2000).

c. Interkulturelle Psychologie:

Nach Thomas (1996; zitiert nach Honold, 2000, S.28) versteht man unter interkultureller Psychologie "... die Analyse psychischer Bedingungen, Verlaufsprozesse und Wirkungen menschlichen Erlebens und Verhaltens in Sonder- und Grenzsituationen, ..., die dadurch gekennzeichnet sind, dass

Menschen aus verschiedenen Kulturen bedeutsam füreinander werden und eventuell einander begegnen. Analysiert und beeinflusst werden sollen dabei die verhaltenssteuernden, psychologisch relevanten Prozesse wie beispielsweise Wahrnehmungsvorgänge, Informationsverarbeitungs-, Bewertungs- und Urteilsprozesse, Attributionen, Emotionen in ihrem jeweils kulturspezifischen Einfluss auf interpersonale Begegnungen und Erfahrungsbildungen in der interkulturellen Situation."

Ziel der interkulturellen Psychologie ist es, kulturelle Differenzen, die in der interkulturellen Interaktionssituation relevant werden, zu erfassen, erklär- und kommunizierbar zu machen. Daraus haben sich eigene Modelle und Methoden entwickelt, z.B. das Konzept der Kulturstandards.

d. Transkulturelle Psychologie:

An der Schnittstelle zwischen kulturvergleichender und interkultureller Psychologie ließe sich die transkulturelle Richtung einordnen (Heise, Schuler). Sie will in erster Linie „systematische Beziehungen zwischen a) psychologischen Variablen des Individuums und b) kulturellen, sozialen, ökonomischen, ökologischen und soziologischen Variablen der Bevölkerung“ offen legen (Kagitcibasi & Berry, 1989; zit. nach Quekelberghe, 1991).

Im Vordergrund steht dabei die Dynamik innerhalb der Interaktionsprozesse zwischen Individuum und dessen Umwelt.

Konkrete Ziele sind mithin die Entdeckung von sog. *cultural universals* sowie transkulturellen Unterschieden (ein Ziel, das die transkulturelle Psychologie v.a. mit der kulturvergleichenden teilt), die Untersuchung des Einflusses auf das lernende Individuum, die Ausarbeitung von Informations- und Trainingsprogrammen im Bereich der interkulturellen Kommunikation sowie die Erforschung von psychologischen Akkulturations- und Migrationsprozessen (Die beiden letztgenannten befinden sich in der Nähe interkulturell-psychologischer Konzepte) (Mann, 1988; zit. nach Quekelberghe, 1991).

Resümierend sei angemerkt, dass die Grenzen genannter Subdisziplinen alles andere als trennscharf sind. Ebenso sei zu bedenken gegeben, dass verschiedene Arbeitstitel das gleiche Arbeitsfeld beschreiben können (wie es im Falle von transkultureller und Ethnopsychologie ist) beziehungsweise eingedeutschte Termini aus dem angelsächsischen Raum ein eigentlich redundantes Scheinleben führen (wie es sich bei den Bezeichnungen „Sozialanthropologie“ und „Ethnologie“ gezeigt hat).

2. Ätiologie und Kultur

2.1 Ethnomedizin bzw. Medizinethnologie

Während die um ethnologische Komplemente erweiterte psychosoziale Versorgung in Deutschland erst im letzten Jahrzehnt erkennbare Konturen anzunehmen begann, finden sich im medizinisch-klinischen Sektor derartige Einflüsse schon seit den 1970er Jahren.

Dieser gesundheitssystemisch-institutionellen Integration von kultursensiblen Konzepten ging die Gründung eines Forschungszentrums - namentlich die Heidelberger Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) - im Jahre 1970 voraus. Hier fand sich auch der Ausgangspunkt für die ersten regelmäßig erscheinenden deutschsprachigen Publikationen auf dem ethnomedizinischen Feld (Ethnomedizin, CURARE).

Bei der Entstehung der Disziplin ist es mithin unerlässlich, die US-amerikanischen Entwicklungslinien zurückzuverfolgen, nicht zuletzt weil dort definitorische Vorarbeit und intradisziplinäre Auffächerung in Teilgebiete mit auch über die eigenen Grenzen hinausreichender Wirkung geleistet wurden.

Die spezifische Überschreibung der Disziplin setzt sich im deutschsprachigen Raum aus den Begriffen Ethnomedizin und Medizinethnologie zusammen; eine Unterscheidung, die jedoch bereits im ersten deutschsprachigen Einführungsband von Pfeleiderer und Bichmann aus dem Jahre 1985 als weitestgehend bestandslos verworfen wird (da abhängig vom Blickwinkel der Spenderwissenschaft - Medizin oder Ethnologie), wenngleich die dadurch möglicherweise implizite Nähe zum englischen *ethnomedicine* als problematisch angesehen werden muss, verbirgt sich hinter diesem angelsächsischen Titel doch lediglich die Untersuchungen von Medizin und Heilung in schriftlosen Kulturen (Pfeleiderer & Bichmann 1985, S. 224). Adäquates Begriffspendant zur deutschen Ethnomedizin ist vielmehr *Medical Anthropology*.

Genannte *Medical Anthropology* erweist sich dabei als eine in vier enger gefassten Einzelfachrichtungen verwurzelte Disziplin. Darunter befinden sich die *Physical Anthropology* (als Zweig der *Anthropology*), die *Ethnomedicine*, die

sich ausschließlich mit nicht - westlichen Heilungskonzepten beschäftigt (im Gegensatz zur *Medical Anthropology*), die Kultur- und Persönlichkeitsforschung (die mit ihren psychoanalytischen Prämissen die amerikanische Ethnologie ausgehend von den 30er Jahren eine zeitlang bestimmte und die letztlich auch die inhaltliche Erweiterung der *Medical Anthropology* zur Transkulturellen bzw. Ethnopsychiatrie mit ermöglichte) sowie die International *Public-Health-Forschung*, die sich der Untersuchung der institutionellen Implementation von ethnomedizinischen Inhalten verschreibt.

Die 1970er Jahre erlebten einen immensen Zuwachs an ethnomedizinischen Publikationen jenseits und (wenngleich später) diesseits des Atlantiks. Diese erhöhte Aufmerksamkeit erklärt Young (1982a) durch zweierlei: er konstatiert erstens ein verstärktes Interesse an der Ethnografie der Krankheit seitens des medizinischen Sektors sowie zweitens die sich im gleichen Aktionsradius durchsetzende Erkenntnis, dass ein „biologischer Reduktionismus“ (Pfleiderer & Bichmann 1985, S.23) in bestimmten Behandlungszusammenhängen schnell an seine erklärungsfähigen Grenzen stößt.

Die Verschmelzung dieser Fakultäten warf schließlich nicht zuletzt die Frage nach den methodologischen Vorgehensweisen auf, die bei der Begegnung von Anthropologie und medizinischer Diagnostik zum Einsatz kommen sollten. Hierfür richtungsweisend waren die frühen Arbeiten von Charles Frake (1961) und Byron Good (1977), die beide die Bedeutung der Sprache beim Verständnis von Krankheitserlebnissen und -wahrnehmungen hervorhoben. Sein Terminus des „heart distress“ kristallisiert dabei diese semantisch - symbolische Veräußerung am Beispiel einer Studie im Iran, wonach Herzbeschwerden grundsätzlich ihre Ursache im Durchleben unterschiedlichster Leidensgeschichten (Tod, Verlust, Armut, etc.) haben (Good 1977, S. 41). Für die befragten Frauen lag die Ursächlichkeit bei Fehlgeburt, Unfruchtbarkeit und Alter.

Bedeutsam sind diese Arbeiten insoweit, als dass sie das Verständnis des Körpers als *black box*, wonach die physische Baulichkeit des Menschen als Projektionsfeld von außerkörperlichen Einflüssen gesehen wurde (ein Ansatz, der bis dahin noch in der *Medical Anthropology* vorgeherrscht hatte) durch

eine Sichtweise ablösen, die nunmehr darin bestand, eine Krankheit ethnografisch zu begleiten und die Veränderung von Körper und Krankheit als Indikator von externen (z.B. sozialen) Faktoren zu betrachten.

Es darf nicht unterschätzt werden, wie fundamental die Paradigmenverschiebungen hier zutage treten. Während also bis weit in die 1970er Jahre Begriffsdichotomien aus „Western Medicine“ (Ackerknecht 1946), „Modern Medicine“ (Landy 1976) und „Scientific Medicine“ einerseits sowie „Primitive Medicine“ (Ackerknecht, 1946), „Archaic Medicine“ (Sigerist 1951), „Folkmedicine“ (Landy 1976) und „Nonwestern Medicine“ (Foster 1978) andererseits vorzufinden waren, setzte sich Ende der 1970er Jahre eine pluralistischere Betrachtungsweise der weltweit in unterschiedlichen Kulturen auffindbaren medizinischen Ausdrucksformen durch, die zunächst im Begriffspaar der „cosmopolitan medicine“ und „humoral medicine“ (Leslie 1976) in Erscheinung trat, um dann Anfang der 1980er Jahre unter Bearbeitung durch Press, Hahn und Kleinmann und in enger Anlehnung an Leslie in eine ausdifferenzierte Gegenüberstellung zu münden. Demnach findet sich im weltweiten Maßstab eine Koexistenz dreier medizinischer Vorstellungen:

a. Die Biomedizin, die sich naturwissenschaftlich fundiert und sich durch standardisierte Ausbildung, technisiertes Instrumentarium, Einbindung in Forschungsinstitutionen und die pharmazeutische Produktion kennzeichnet. Ihr wissenschaftstheoretisches Fundament bildet dabei die cartesianische Leib - Seele - Dichotomie, die eine mechanistische Funktionsweise des Körpers impliziert. Relativiert wurde diese Auffassung erst Anfang des 20. Jahrhunderts mit dem Aufkommen psychologischer Forschung sowie jüngst durch gentechnische Erkenntnisse, die den Körper zunehmend als Informationssystem denn als Kausalitätsapparat beschreiben (Stürzer & Wolf, 1986).

b. Die Balancemedizin (auch Humoral- bzw. Säftemedizin), die ihre europäischen Wurzeln in der antiken griechischen Kultur hat. Auch finden sich ihre Körpervorstellungen in der chinesischen Medizin, in der indischen Ayurvedamedizin, der persischen Medizin und der Homöopathie.

Ausgangspunkt dieser medizinischen Richtung ist die Vorstellung von einem jedem Menschen innewohnenden Mikrokosmos, der als Abbildung des universalen Makrokosmos in ständiger Wechselbeziehung mit letzterem steht. Diese Dynamik übersetzt sich in ein Gleichgewicht entgegengesetzter Kräfte bzw. Körpersäfte, das im homöostatischen System des Austauschs von Organismus und Umwelt zu bewahren ist.

c. Als dritte große Ausprägung präventiver wie kurativer Heilkonzepte die Punitivmedizin (Strafmedizin), die weltweit im Volksglauben verankert ist und in stärkerem Maße als die beiden vorher genannten in einem sozialen Rahmen verstanden werden will. Demnach treten Krankheiten als Ahndung von Fehlverhalten des Betroffenen auf. Naturgeister, Ahnen oder böswillige Mitmenschen sind hierbei Verursacher von Krankheitserscheinungen. Auch die Frage nach der Schicksalhaftigkeit von leidvollen Erfahrungen muss der Punitivmedizin zugeordnet werden.

Diese dreigliedrige Unterteilung hat sich mittlerweile in der ethnomedizinischen Fachwelt durchgesetzt und bietet eine methodische Basis, von der aus die unterschiedlichen medizinischen Systeme analysiert werden können.

An diese heilpraxissystemische Unterscheidung schließt sich eine krankheitsspezifische an, die - ebenfalls dreistufig - in der angloamerikanischen Literatur Anwendung findet. Demnach ist der deutsche Begriff Krankheit aufgeschlüsselt in 1) *illness* (Wahrnehmung und Erfahrung des Erkrankten), 2) *disease* (die biomedizinisch nachvollziehbare organische Veränderung beim Erkrankten) und 3) *sickness* (ein Begriff, der beide vorher genannten Schemata abdeckt, indem er Ereignisse fokussiert, die im Zusammenhang mit *illness* und *disease* stehen; vgl. Pfeleiderer & Bichmann 1985, S.25).

Mit Hilfe dieser Klassifizierung „wird, vom semiotischen Verständnis aus, der Blick vom engen Rahmen fest gefügter Krankheitseinheiten befreit und auf Formen der Krankheitskonstruktion sowie ihre Grundlagen gerichtet, und

damit sowohl die ätiologische Ebene als auch ihr Verständnis zur Symptomebene miteingeschlossen“ (Wolf & Stürzer 1997, S.20).

Das Kausalitätsmonopol der Biomedizin wird hier also zu Gunsten weiterer Ursächlichkeitsbereiche aufgegeben. Dieser Paradigmenwechsel findet im Folgeschluss wiederum seine Entsprechung auf der Behandlungsseite, wo dem Begriffspaar *illness* und *disease* ein weiteres aus *healing* und *curing* gegenübergestellt wird (vgl. Kleinman, 1980).

Arthur Kleinman hat an dieser Stelle zum einen ein holistisches Verständnis im Terminus *healing* und zum zweiten einen stärker mechanistischen Ansatz (*curing*) berücksichtigt, wobei die organische Störung (*disease*) mit persönlichen und/oder kulturgebundenen Bedeutungsinhalten (*illness*) in Bezug gesetzt wird (Young 1982a).

Zu erwähnen ist schließlich, dass Kleinman den Prozess des Healing nicht ausschließlich auf der psychosozialen bzw. mentalen Ebene verortet, sondern gleichermaßen medikamentöse bzw. biomedizinische Symptombehandlung impliziert, so dass zwar die cartesianische Leib - Seele - Dichotomie aufgegeben, die Natur - Kultur - Zweiteilung hingegen gewahrt bleibt (vgl. Pfeleiderer und Bichmann, S.26).

Es erschließt sich hinsichtlich der Diagnostik ergo ein sich wechselseitiges beeinflussendes Verhältnis (zwischen *disease* und *illness*), das vor dem Hintergrund und unter Beleuchtung kulturell differenter Bezugssysteme an Schärfe gewinnt (vgl. Fabrega 1992, S.93).

Als Zeichen der Zeit darf mithin die Initiierung des ersten regulären Lehrangebots zum Thema „Medizin und ethnisch - kulturelle Vielfalt“ in Deutschland verstanden werden, das seit 2004 an der Universität Gießen als Wahlfach doziert wird. Inhaltlich integriert dieser Lehrzusatz einen thematischen Horizont, der von migrationsspezifischer Epidemiologie bis hin zu ethischen und juristischen Fragen im Umgang mit Zuwanderern reicht.

Die Zusammenarbeit mit der Türkisch - Deutschen Gesundheitsstiftung e.V. bildet den außeruniversitären Rahmen und stellt den Bezug zur migrationsstrukturellen Wirklichkeit Deutschlands her.

Interessant ist hierbei vor allem der Lehrbaustein „Religion und Medizin“, der besonders auf den Islam abhebt. Hier ist es die Suche nach unkonventionellen Lösungen für religionsspezifische Probleme im Klinikalltag (Bsp.: Diabetes - Patient will Ramadan begehen und wird durch Hinzuziehen eines Fatwa, eines islamischen Rechtsgelehrten oder eines Hodschas, eines Heilers, vom medizinisch sinnvollsten Verhalten überzeugt), die das Seminar auszeichnet (Knipper & Akinci, 2005).

3. Muslime in Deutschland

3.1 Die Sozialstruktur Deutschlands im Hinblick auf muslimische Bevölkerungsteile

In Europa leben derzeit etwa 35 Millionen Muslime, davon in Deutschland etwa 3,2 Millionen. Der Islam in Deutschland ist in seiner heutigen Gestalt das Ergebnis eines Zuwanderungsprozesses aus verschiedenen Regionen der islamischen Welt (Zahlen aus der Frühjahrsumfrage 2005 des Zentral-Archivs Deutschland Stiftung e.V., 2005).

Er spiegelt eine große Vielfalt in nationaler, kultureller und religiöser Hinsicht wider. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass nicht alle Menschen muslimischer Abstammung bekennende Muslime im religiösen Sinn sind. Lediglich 72 Prozent der türkischstämmigen Migranten beispielsweise bezeichnen sich als religiös oder sehr religiös.

Hinsichtlich der nationalen Zugehörigkeit ergibt sich folgendes Bild: Von den in Deutschland lebenden Muslimen sind 1,8 Millionen Türken, rund 160.000 Bosnier, 70.000 Marokkaner, 60.000 Iraner (Perser), 55.000 Afghanen und rund eine Million Eingebürgerte (zumeist vormals aus der Türkei). In Deutschland leben somit zu mehr als 90 Prozent Muslime aus nichtarabischen Ländern. Tabelle 1 quantifiziert die muslimischen Bevölkerungsgruppen gemäß Nation bzw. Herkunft.

Eine Unterscheidung nach Glaubensrichtungen im Islam ergibt, dass neben rund 2,5 Millionen Sunniten knapp 645.000 Schiiten in Deutschland leben, die sich wiederum in 420.000 Alleviten und 222.900 Iranische Imamiiten und Türkische Schiiten unterteilen lassen.

Kinder und Jugendliche machen etwa 26% (850.000) aus, von denen 21% (185.000) Korankurse besuchen (Zahlen aus der Frühjahrsumfrage 2005 des Zentral-Archivs Deutschland Stiftung e.V., 2005).

Tab.1: Grundlagenzählung von Muslimen in Deutschland (2005)					
Herkunfts- länder	Ausländer Stand 31.12.2005	Einbürgerungen 1998 bis 2005	Gesamt	%von Gesamt	%Einge- bürgerte
Türkei	1.764.041	673.024	2.437.065	72,17	27, 6
Bosnien- Herzegowina	156.872	31.315	188.187	5, 57	16,6
Iran	61.792	67.903	129.695	3,84	52,4
Marokko	71.639	52.242	129.695	3,67	42, 2
Afghanistan	55.111	40.511	95.622	2,83	42,4
Irak	75.927	18.468	94.395	2,80	19,6
Libanon	40.060	29.753	69.813	2,07	42,6
Pakistan	30.034	19.317	49.351	1,46	39,1
Tunesien	22.859	20.671	43.530	1,29	47,5
Syrien	28.154	14.158	42.312	1,25	33,5
Algerien	13.948	5.843	19.791	0,59	29,5
Indonesien	11.054	1.761	12.815	0,38	13, 7
Ägypten	10.258	5.755	16.013	0,47	35, 9
Sonstige*			22.050		
ungeklärt**	3.204	4	3.208	0,10	0,1
Summe	2.375.045	1.001.578	3.376.623	100	29,7
*Eritrea, Bangladesh, Sudan, Libyen, Jemen, Saudi-Arabien, Bahrain, Brunei, Darussalam, Katar, Kuwait, Oman, Vereinigte Arab. Emirate					
**Palästinensergebiete; eine Trennung von Guam ist nicht möglich					
Quelle: Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/5033 (18.04.2007) Frerk, Carsten (2007). Muslime in Deutschland/ Textarchiv: TA-2007-10, fowid.					

3.2 Organisation muslimischer Lebenswelt in Deutschland

Es wird gemeinhin geschätzt, dass von den 3,2 Millionen Muslimen in Deutschland etwa 1,5 Mill. offiziell in sechs islamischen Spitzenverbänden organisiert sind. Formal als Vereinsmitglieder registriert sind nach Angaben des Zentralinstituts Islam - Archiv - Deutschland jedoch nur knapp 400.000 von ihnen.

Von Bedeutung ist ferner die Tatsache, dass diesen islamischen Organisationen bislang die Anerkennung als Religionsgemeinschaft oder rechtliche Körperschaft verwehrt blieb.

Die Gesamtzahl muslimischer Verbände in Deutschland beläuft sich dabei auf 69, wobei sich unter ihnen oftmals eine ethnische Abgrenzung vorfinden lässt.

Der Organisationsgrad von Muslimen in religiösen Vereinen in Deutschland beträgt nach Schätzungen der Bundesausländerbeauftragten nur 12 bis 15 Prozent.

Die wesentlichen islamischen Organisationen in Deutschland sind: Türkisch-Islamische Union der Anstalt für Religion (DITIB), Islamrat für die Bundesrepublik Deutschland, Zentralrat der Muslime in Deutschland (ZMD), Verband der Islamischen Kulturzentren (VIKZ) und die Alevitische Gemeinde in Deutschland.

Bislang gibt es in Deutschland keine einheitliche Repräsentation als verbindlichen Ansprechpartner für staatliche Stellen (Bund, Länder und Kommunen). Ende März 2001 haben sich vier der großen Verbände zum Koordinierungsrat der Muslime in Deutschland (KRM) zusammengeschlossen, der den Anspruch vertritt, der zentrale Ansprechpartner für Staat und Zivilgesellschaft zu sein.

Schätzungen zufolge bestehen in Deutschland rund 2.500 Moscheevereine, in denen etwa 2.250 Imame tätig sind. Die meisten von ihnen wurden in der Türkei oder in arabischen Ländern ausgebildet und sind befristet nach Deutschland gekommen (alle Angaben Bericht der Unabhängigen Kommission Zuwanderung vom 4. Juli 2001).

Ein nebengeordneter Aspekt der Organisationsformen der islamischen Bevölkerung Deutschlands besteht in erzieherischer Hinsicht. Der Bericht der Unabhängigen Kommission Zuwanderung aus dem Jahre 2001 hält hierzu fest, dass etwa 10 Prozent der islamischen Eltern ihre Kinder in Koranschulen schicken, die jenseits der staatlichen Aufsicht stehen.

Als nicht minder aufschlussreich für das Verständnis der muslimischen Lebenswelt in Deutschland erweist sich der Blick auf die mediale Manifestierung islamischer Lebenswelt: Die Diversifizierung der deutschen Medienlandschaft hat sich im letzten Jahrzehnt rapide beschleunigt. Insbesondere das große Angebot türkischsprachiger Medien in Deutschland hat eine überaus facettenreiche Genese hinter sich.

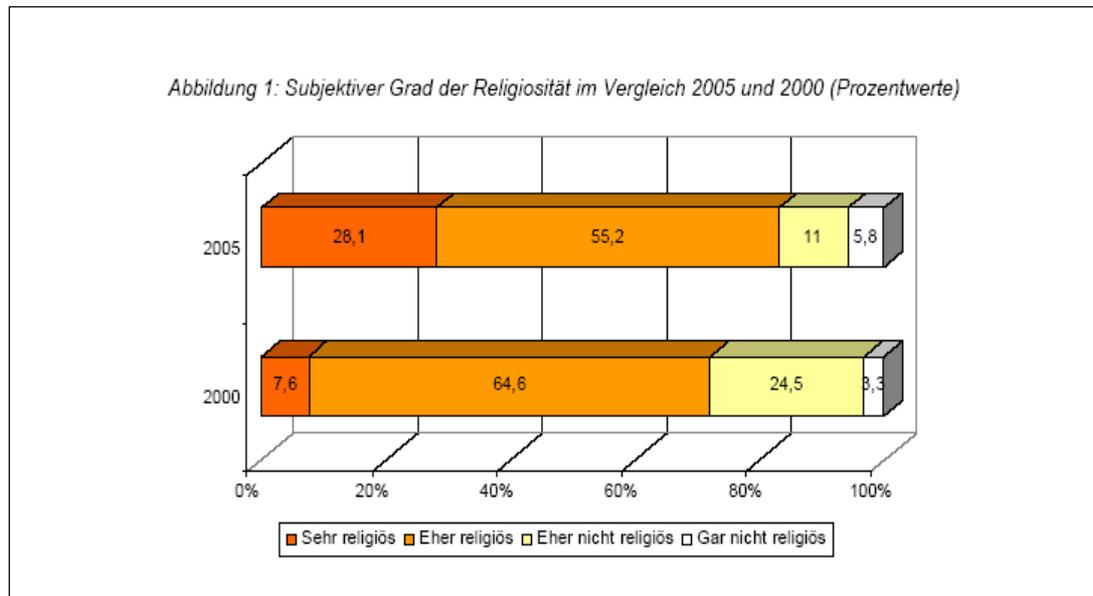
Fast 86 Prozent der türkischen Haushalte haben die Möglichkeit, Sendungen in der Muttersprache über Satellit oder Kabel zu empfangen. Laut einer Erhebung des Zentrums für Türkeistudien nutzen 92,5 Prozent der türkischstämmigen Bevölkerung türkische Fernsehprogramme (ZfT, Nr.115). Auch in der Türkei produzierte türkische Tageszeitungen finden zahlreiche Leser, sie haben in Deutschland eine Auflage von über 250.000 Exemplaren. Sie sind häufig durch Berichte über das Aufnahmeland ergänzt. An dieser Stelle zeigt sich, wie stark bereits kulturelle Strukturen muslimischer Prägung in Deutschland verankert sind und wie engmaschig das Netz von Organisationen und Informationsträgern ist, das bei der gesundheitssystemischen Integration muslimischer Einwanderer behilflich sein könnte (s. Kap. 8.2).

3.3 Religiosität unter Muslimen in Deutschland

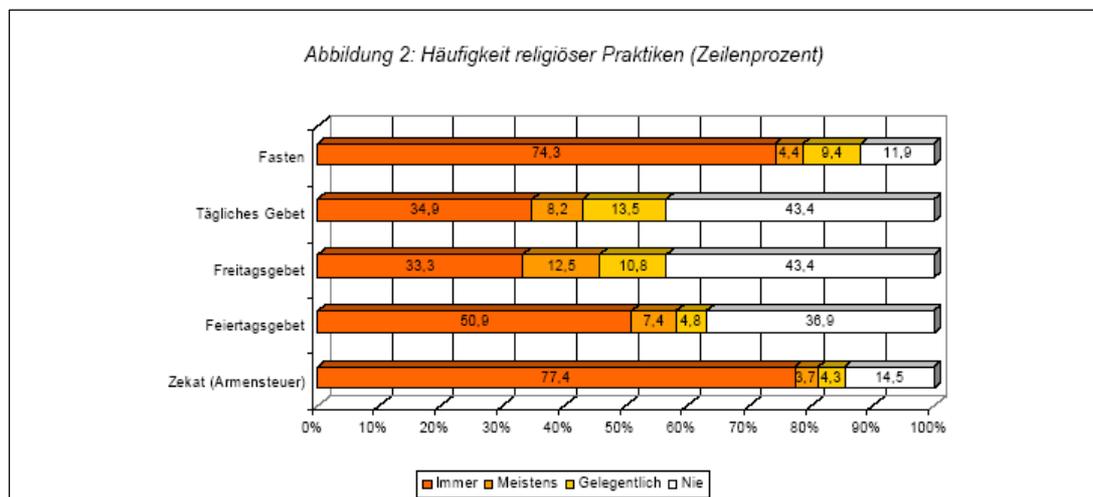
Als Muslim in den Statistiken geführt zu sein, muss nicht mit einer Ausübung einer islamischen Lebensführung und dementsprechender Offenheit einhergehen.

Die Stiftung Zentrum für Türkeistudien hat hierzu im Jahre 2005 den subjektiven Grad der Religiosität unter Muslimen erfragt (ZfT, Nr.115).

Ergebnis der Untersuchung ist, dass sich über 28% der Befragten als sehr religiös bezeichnen und über 55% als eher religiös.



Will man die Größe „Religiosität“ mit regelkonformer Praxis füllen, so bietet sich beispielsweise die Häufigkeit von Moscheebesuchen an. Hier zeigt sich eine Gruppe von 42%, die mindestens einmal in der Woche eine Moschee aufsuchen.



3.4 Muslimische Lebenswelt im Kontext der Mehrheitsgesellschaft

Vor allem als Antwort auf die Frage, ob sich die muslimische Minderheit (und besonders die türkische) in Deutschland als Parallelgesellschaft etabliert hat oder noch zu etablieren droht, will die Untersuchung Andrea Janßens und Ayca Polats (2006) verstanden werden.

Im Mittelpunkt des 2006 abgeschlossenen Forschungsprojektes standen 55 türkischstämmige MigrantInnen der zweiten Generation mit überwiegend niedrigen Bildungsabschlüssen.

Vorrangiges Kriterium, an dem die Bestätigung eines parallelgesellschaftlichen Daseins dieser spezifischen Gruppe festzumachen wäre, war dabei das des sozialen Netzwerks. Es zeichnet sich wiederum durch Kategorien wie Familienzentriertheit, Lokalität sowie durch soziale und ethnische Homogenität aus.

Die Ergebnisse dieser Interviewreihe haben zwiespältigen Charakter, sie weisen aber insgesamt auf eine deutliche Verneinung der Existenz einer Parallelgesellschaft hin.

Ambivalent sind die Erkenntnisse vor allem hinsichtlich der Bedeutung der Familie für die Integrationstiefe der Befragten. Einerseits gilt den Befragten die Familie als Garant emotionalen Rückhalts und materieller Sicherheit in Notlagen, andererseits erweist sie sich als Integrationshemmer. Sprache, transnationale Heirat (in Deutschland lebender türkischer Partner verheiratet sich mit einem unmittelbar vor der Ehe noch in der Türkei lebenden Partner), mangelnde Schulbildung aus Unwissenheit der Eltern usw. sind Indikatoren für eine eher ungünstige Ausgangsbasis, von der aus eine sichere Existenz aufgebaut werden kann.

Der summierte Befund weist somit den Verdacht einer institutionalisierten Parallelvergesellschaftung ab, gibt aber zugleich zu bedenken, dass „verschärftes, dauerhaftes Ausgrenzungsrisiko der Migranten und ihrer Nachfolgegeneration“ besteht (Janßen & Polat 2006).

Halm und Sauer (2006) beziehen sich ihrerseits bei der Klärung der Frage nach parallelgesellschaftlichen Strukturen in der Bundesrepublik auf einen

differenten Kriterienkatalog. Bei ihnen wirken ethno-kulturelle bzw. religiös-kulturelle Homogenität (Religiosität), zivilgesellschaftliche, lebensweltliche sowie ökonomische und formal freiwillige Segregation (Kontakte zu Deutschen, Diskriminierung) zusammen. Auch die Frage, ob sich die mehrheitsgesellschaftlichen Institutionen in der Parallelgesellschaft als Abbild wieder finden (Organisationsgrad), steht hier im Vordergrund.

Der den Überlegungen zugrunde liegende Befragtenpool speist sich dabei aus den bereits weiter oben erwähnten repräsentativen Befunden (1000 Befragte) des Zentrums für Türkeistudien.

Abgesehen von einer Ausnahme (der Religiosität) lassen sich bei keinem Indikator Entwicklungen hin zu einer Herausbildung parallelgesellschaftlicher Strukturen ausmachen (Sauer & Halm 2006).

Der Blick auf diese Untersuchungen soll zweierlei offen legen: zum ersten die Relativierung der Betrachtung auf minderheitsgesellschaftliche Realitäten, die sich entgegen weit verbreiteter Meinungen nicht als parallele Realitäten auf tun und zweitens - innerhalb dieser Realität - die (in den letzten Jahren wieder zunehmende) Bedeutung der Religion.

Ein Umstand mithin, der Eingang in die Entwicklung einer kulturell - religiös sensiblen Psychotherapie finden muss.

3.5 Generationenkonflikte in muslimischen Familien

Mit der ersten Anwerbungswelle türkischer Arbeitskräfte Anfang der 1960er Jahre kamen überwiegend männliche Arbeitnehmer zwischen 20 und 40 Jahren. Damit finden sich in Deutschland inzwischen drei Generationen türkisch - muslimischer Zuwanderer bzw. deren Nachkommen.

Die ersten Untersuchungen zum Thema „Intergenerationsverhältnis innerhalb türkischer Familien“ datieren aus den 1980er Jahren.

Die Erhebungen kreisten dabei hauptsächlich um die intrafamilialen, intergenerationalen Konflikte, die daraus erwachsen, dass Jugendliche

verstärkt kulturelle Wertesysteme aus der Peergroup übernehmen, die sich von denen der Elterngeneration wesentlich unterscheiden bzw. sogar diametral entgegengesetzt sind (Thomas, 1989).

Andere Studien richten ihr Augenmerk auf die Art der Durchführung einer Ablösung von der Heimatkultur (der türkischen) und die Folgen dieser Ablösung. Silbereisen et al. (1989) konstatieren hierzu die Bereitschaft zu Normübertretungen, Alkoholmissbrauch und Gewalt, Verhaltensweisen, die gleichsam Methode und Auswirkung einer grundsätzlichen Ablösung sind.

Nicht immer muss aber dieser Generationenkonflikt in einer offenen Rebellion der jüngeren gegen die ältere enden. Eisenlohr (1998) hält hierzu fest, dass nicht selten ein lang andauernder Doppelstatus bei Zuwandererkindern vorherrscht, der aus einer westlichen, akkulturierten Außer-Haus-Identität und einer islamkonformen, traditionsbehafeten Zuhause-Identität besteht. Barazangi (1996) hat diese Doppelidentität auch für die Vereinigten Staaten nachgewiesen und hebt vor allem den Widerspruch zwischen der säkularen Sozialisation außerhalb der elterlichen Reichweite und der religiösen innerhalb selbiger hervor.

4. Islam aus anthropologischer Perspektive

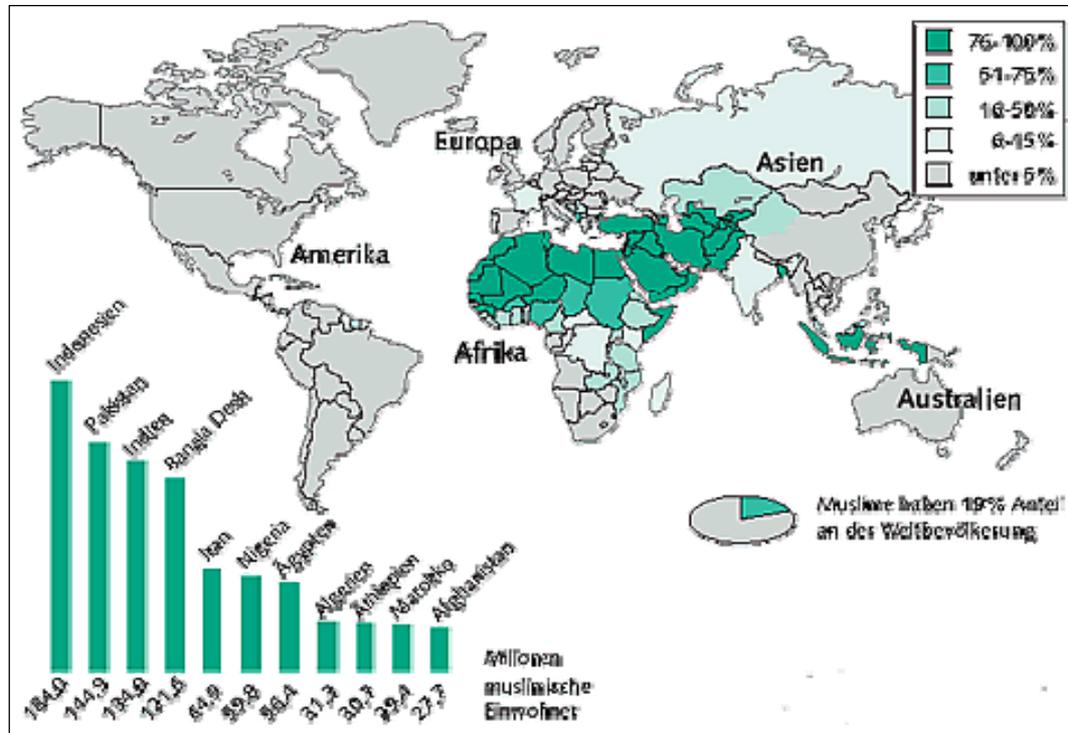
4.1 Kurze Einführung

Der Islam („Ergebung im Glauben“) ist die jüngste der als monotheistisch bezeichneten Weltreligionen (entstanden im 7. Jahrhundert nach Christus). Mit rund einer Milliarde Anhänger ist sie nach dem Christentum die zweitgrößte Religion, hingegen die gegenwärtig am stärksten anwachsende.

In 40 Staaten ist sie als Staatsreligion verankert. Die territoriale Ausdehnung erstreckt sich von Indonesien (mit circa 195 Millionen das Land mit der größten Anhängerschaft, wenngleich der Islam hier ohne den Status einer Staatsreligion verbreitet ist) über Mittelasien, Kaukasus, Naher Osten bis zum Maghreb in Nordafrika.

In Europa leben etwa 35 Millionen Muslime. Die regionale Verteilung im globalen Maßstab wird in Abb. 3 ersichtlich.

Abb. 3: Verteilung von Muslimen in der Welt (Quelle: BLPB).



Mit einem Anteil von 90% innerhalb der islamischen Glaubensgemeinde repräsentiert die Konfessionsgruppe der Sunniten ihrem Selbstverständnis

nach die islamische Orthodoxie (Henning, 2002). Weitere Gruppen stellen die Schiiten (hauptsächlich in Iran; sie unterscheiden sich im Wesentlichen durch eine von den Sunniten abweichende Interpretation der Nachfolge Mohammeds) und Sufis (eine mystische Schule, die mit dem islamischen Mönchtum verbunden ist und vor allem in Süd –und Südostasien starken Einfluss besaß und besitzt). Abb.2 zeigt die innerislamische geografische Verteilung der Konfessionen.

Abb. 4: Verteilung von Muslimen in der Welt nach Konfessionen (Quelle: BLPB).



Ungeachtet der konfessionellen Trennlinien findet die Orthopraxie unverbrüchlichen Zuspruch; demnach sind die 114 Suren des Korans zentraler Bestandteil religiösen Lebens und von singulärer Bedeutung innerhalb der islamischen Religion.

Zum Kern muslimischer Religionspraxis gehören mithin die „Fünf Säulen“ bestehend aus 1) dem laut artikulierten Glaubensbekenntnis des Gläubigen zu Allah und seinem Propheten Mohammed (*Schahada*), 2) dem täglich fünfmaligen, ritualisierten und zeitlich festgelegten Gebet in Richtung Mekka (*Salat*), 3) der gemeinschaftlichen Enthaltung (*Siyam*) von Speisen, Trank und Geschlechtsverkehr im Fastenmonat (*Ramadan*), 4) der Wohlfährigkeit

gegenüber Benachteiligten; einst als Almosen (*Zakat*) verstanden, nunmehr als Steuer (2,5% des jährlichen Einkommens) erhoben und 5) der Wallfahrt (*Hadsch*) nach Mekka, die jeder Gläubige - sofern körperlich imstande - mindestens einmal im Leben unternehmen soll.

Charakteristisch für den Koran ist seine sowohl geistliche als auch weltliche Reichweite hinsichtlich der Handlungsempfehlungen.

So sieht sich die muslimische Gemeinde in ihrer Entität (*Umma*) einer ganzen Reihe von Gesetzeskatalogen gegenüber, die auf den im Koran niedergeschriebenen Schilderungen des Lebens Mohammeds, seinen Gleichnissen und Aussprüchen (*Hadith*) beruhen. Die Exegese dieser Koranpassagen obliegt institutionalisierten Rechtsschulen (derer vier im sunnitischen und derer eine gesonderte im schiitischen Islam).

Diese Gesetzesformulierungen prägen letztlich auch die staatliche Jurisdiktion und durchziehen damit alle Lebensbereiche der Glaubensgemeinschaft und die Lebensführung des Einzelnen.

So sind individuumsbezogene (rituelle Waschungen; Speisevorschriften, Kleidung), familiäre (Gehorsamspflicht gegenüber den Eltern), zwischen-geschlechtliche (eheliche Rechten und Pflichten) und allgemeine interpersonale (Erbangelegenheiten, Sanktionierung bei moralischem Vergehen) Lebensräume nahtlos geleitet von islamischen Weisungen, Geboten und letztlich Verrechtlichungen (*Scharia*).

Durch sozialen Wandel hervorgerufene veränderte lebensweltliche Bedingungen (in Bildung, Wirtschaft, Politik zum Beispiel) müssen ihre rechtliche Einfassung auf der Basis der Hadiths erfahren, bevor sie als islamkonform eingestuft werden können und damit politische, religiöse und gesellschaftliche Legitimation erfahren.

Zwei Charakteristika des Islam sollen diese Synopsis abschließen. Sie sind für die weiteren Ausführungen relevant: 1) der durch die mehrdimensionale Tiefenwirkung des Islam hervorgerufene Umstand einer umfassenden religiösen Durchdringung nahezu aller öffentlicher wie persönlicher Lebensräume und 2) die Augenfälligkeit, dass der Islam (und im Einzelnen

die „Fünf Säulen“) in starkem Maße auf die Herstellung und den Erhalt der islamischen Glaubens - und Solidargemeinschaft ausgerichtet“ sind (Henning, 2002). Die für alle Gläubigen identische, strukturgebende Reglementierung des muslimischen Alltags mündet letztlich in der Herausbildung einer gesellschaftlich konstitutiven Wertegemeinschaft. Diese religiös implizierte Kohäsion manifestierte sich beispielsweise in Hofstedes (1980) Untersuchungen über die Verortung von sozioökonomisch so unterschiedlichen und geografisch so weit voneinander entfernten islamischen Ländern in Afrika, Asien und im arabischen Raum auf der Individualismus-Skala. Alle erwähnten Staaten wiesen gleichermaßen niedrige Ausprägungen individualistischer Kulturkonstitution auf.

Husain (1996) betont diesen „islamischen Suprakonsens“ bezüglich der Werthaltungen und nimmt dabei Ergebnisse nachfolgender Untersuchungen (Inglehart et al., 1998) vorweg, in denen der Variablenpool schließlich aus Items wie „interdependentes Selbstverständnis“, „Familienorientierung“ oder „Gehorsam gegenüber Eltern“ bestand.

4.2 Anthropologische Betrachtungen der islamischen Lebensweise

Wie bereits gesehen zeichnen sich islamische Kulturen vor allem durch ihren durchweg hohen Grad an Kollektivität und Autoritarismus (Unsicherheitsvermeidung und Machtdistanz in Hofstedes Untersuchungen) aus und unterscheiden sich insofern von den sog. westlichen Kulturen, die ihrerseits einen bereits zwei Jahrhunderte andauernden Individualisierungsprozess durchlaufen.

Es erscheint demnach unerlässlich, auf einer ethnographischen Ebene die Charakteristika islamisch geprägter gesellschaftlicher Realitäten herauszuarbeiten, die sich fundamental vom überwiegend säkularen und individualistischen euroamerikanischen Lebensmodell absetzen. Nicht zuletzt weil sich aus diesen Differenzen Konsequenzen für die psychotherapeutische Praxis ergeben.

Bevor indes im Folgenden die soziokulturellen Merkmale islamisch geprägter Kulturen skizziert werden, sei vorausgeschickt, dass ein gewisses Maß an Verallgemeinerung vor dem Hintergrund kulturvergleichender Psychologie oder ländervergleichenden Anthropologie unvermeidlich erscheint. Aufgrund dessen wird im Anschluss an die ethnographische Umschau zu bedenken gegeben, dass keine Therapie ohne individuell justierte Vorgehensweise begonnen werden darf. Diese Justierung folgt gewiss einer Einschätzung der persönlichen Verbundenheit des Patienten mit den im Folgenden beschriebenen gesellschaftlichen Phänomenen sowie seinem Grad an Religiosität.

So kann es sein, dass sich die mittlerweile drei Generationen muslimischer Mitbürger in Deutschland unterschiedlich stark von der folgenden Ethnographie absetzen (s. Kap. 5.2).

4.2.1 Vorislamische Gesellschaftsform und ihr Erbe in der Gegenwart

Das vorislamische Zusammenleben in den gegenwärtigen Nationalstaaten, die in ihrer Summe den islamischen Kulturkreis ausmachen, war zuvorderst durch die ökologischen Faktoren bestimmt.

Die lebensbestimmenden Bedingungen der arabischen Wüsten zeitigten unter anderem ein Modell gesellschaftlichen Zusammenlebens, das sich durch Nomadentum und Sippenzugehörigkeit auszeichnet.

Die Konsolidierung dieser Sozialgefüge angesichts der ariden Bedingungen in den Klimazonen vollzog sich auf machstruktureller Ebene in Form patrilinearere, patriarchalischer und insofern stark hierarchisierter Organisation des Familienlebens (Abd al-Karim, 1990).

Das Leben innerhalb dieser Clans (arab.: *hamula*) folgt einem strikten Verhaltenskodex, der keinerlei Raum für individuelle Entscheidungsfindung bietet. Auf diese Weise soll der innere Zusammenhalt gefestigt werden, um angesichts ökologischer Härten und äußerlicher Bedrohungen (in Form rivalisierender Stämme) den Fortbestand zu sichern (Hourani, 1991).

Diese eher funktional begründete Gesellschaftsordnung sieht sich mit dem Einzug des Islams in diese Kulturen bestätigt, in dem er deutlich kollektivistische Handlungsempfehlungen in seinen Glaubenssätzen transportiert und die bestehenden Clansstrukturen auch bei Errichtung des islamischen Nationalstaates nicht verdrängt (Al-Jabiri, 1991b).

Spuren dieses historischen Erbes sind nach wie vor augenfällig. Fisek und Kagitcibasi (1999) weisen für die Türkei (als eines der urbanisiersten Länder des muslimischen Kulturkreises) in ihrer aus dem Jahre 1999 stammenden Untersuchung hohe Werte auf der Kollektivismus/Autoritarismus-Skala auf und skizzieren die prototypische türkische Familie als „Ort starker Hierarchisierung (hinsichtlich Geschlecht und Lebensalter) und Interdependenz“ (ebd., S.80).

Erklären lässt sich dieser Fortbestand traditionaler Wertesysteme zum einen mit den in muslimischen Staaten fast durchweg rudimentär entwickelten öffentlichen Fürsorgesystemen; ein Umstand mithin, der die (Groß-)Familie weiterhin als existentiell wichtiges Umfeld erhält. Ein weiterer Grund liegt in der Verfassung dortiger Wirtschaftssysteme, die sich weniger auf das funktional ausdifferenzierte Unternehmen stützen als vielmehr auf die Familie als Kerneinheit produktiver Aktivität (Barakat, 2000). Die wechselseitige Bedingtheit garantiert insofern eine soziodemographische Kontinuität, die nur unter Einwirkung eines Zusammenspiels mehrerer Faktoren durchbrochen wird (Urbanisierung und im Falle der Türkei Kemalisierung aller öffentlichen Lebensbereiche).

4.2.2 Sozialisierung in muslimisch verfassten Gesellschaften

Die in westlichen Kulturen verbreitete bürgerliche Kernfamilie, bestehend aus vier Mitgliedern, ist eine Erscheinung, die in muslimischen Kulturen keine Entsprechung findet. Trotz der in den letzten Jahren immer deutlicher werdenden Tendenzen zu einer durchschnittlichen Verkleinerung der Familie

in städtischen Räumen und innerhalb bildungsnaher Schichten ist die ausgedehnte Familie patriarchalischer Prägung (arab.: *ashira*), die nach intrafamiliärer Kohäsion trachtet, weiter vorherrschend (Authman, 1999).

Vor diesem Hintergrund vollzieht sich auch die Erziehung der Kinder weiterhin unter dem Eindruck der innerhalb der Großfamilie verfestigten Werte, die sich zuvorderst durch einen hohen Grad an Autoritarismus auszeichnen (Dwairy, 1998a).

Beginnend mit dem frühkindlichen Stadium ist hervorzuheben, dass sich die intime Enge zwischen Kind und Eltern, die sich in der westlichen Kleinfamilie nachweisen lässt, in eine offenere Beziehung in muslimischen Kulturen übersetzt. Oft wird das Kind abwechselnd durch seine Mutter sowie andere Frauen zum Teil bis zum dritten Lebensjahr gestillt.

Die Institution Kindergarten ist weitgehend unbekannt (abgesehen von modern - urbanen Räumen der Türkei oder Nordafrikas).

Die autoritaristischen Grundzüge der islamisch verfassten Kollektive schlagen sich sehr bald nach dem frühkindlichen Stadium nieder, sei es in der Verwehrung persönlicher Entscheidungsfreiheit des Kindes, der systematischen Verknüpfung verbaler Anweisungen mit punitiven Drohungen oder sei es schließlich in der körperlichen Sanktionierung sowie moralisierenden und Scham hervorrufenden Belehrung. Diese Handlungspalette wird dabei ungeachtet des Anlasses, des Geschlechts und von Vater wie Mutter gleichermaßen angewandt, wobei letztere zuweilen als Pufferzone zwischen dem Kind und dem tendenziell eher größere Distanz wahren Vater fungiert, diesen aber wiederum als Sanktionierungsinstanz in ihren Drohungen benutzt und damit die patriarchalische Stellung untermauert (Achoui, 2003 und für Ägypten: Saif El-Deen, 2001 sowie Marokko: Al-Kittani, 2000).

Nicht wenige Untersuchungen kreisen um die Bedeutung von Schamgefühlen in kollektivistischen Kulturen und besonders im muslimischen Kontext (Barakat, 1993, 2000; Patai, 2002). Marwan Dwairy legt hierzu nahe, dass sich muslimische Heranwachsende durch ein stärker ausgeprägtes Schamempfinden und die Ausbildung eines Kollektivbewusstseins von ihren

westlichen Pendanten unterscheiden, die ihrerseits stärkere Schuldgefühle in der (individualisierten) Beziehung zu ihrem gesellschaftlichen Umfeld aufweisen (Dwairy, 1997c).

Die offenkundige Strenge dieses Erziehungsmodells setzt sich in den Schulen fort, indem Dialog und Hinterfragung als pädagogische Elemente ausgeblendet und Eigeninitiative sowie Kreativität des Schülers als unerwünscht betrachtet werden. Physische Bestrafung darf als gängiges (wenn auch nicht von allen Eltern gerechtfertigtes) Instrument in arabischen und türkischen Schulen bezeichnet werden (Al-Dahash, 1996). Erklärte Ziele pädagogischen Wirkens sind vielmehr das Memorisieren von Informationen und die Selbstkontrolle und Selbstdisziplinierung (Dwairy, 1997c)

Mithilfe kulturvergleichender entwicklungspsychologischer Studien ist seit langem die Herausbildung unterschiedlicher kognitiver Kompetenzfelder je nach untersuchter Kultur belegt (Kearins, 1981; Dube, 1982).

In Vergleichsstudien zwischen israelischen und arabischen Schülern ist diese Unterschiedlichkeit (höhere Memorisierungskompetenz bei arabischen und höhere Abstraktionskompetenz bei jüdischen Jugendlichen) bestätigt worden (Dwairy, 1998a).

Die Entwicklung dieser Memorisierungskompetenz will sich auch und gerade vor dem Hintergrund der religiösen Erziehung verstehen, in der das Auswendiglernen koranischer Passagen eine zentrale Rolle spielt.

Bleibt die Frage, welche Konsequenzen diese unnachgiebige und oft gewalthaltige Erziehungsmethodik nach sich zieht. Zahlreiche Studien legen nahe, dass eine derartige Erziehung innerhalb einer autoritaristischen Kultur nicht die gleichen mentalen Effekte zeitigt, wie sie in westlichen Kulturen beobachtet wurden (Hatab & Makki, 1978; Dwairy, 2004d; Achoui, 2003).

Die höhere Akzeptanzrate drakonischer Erziehungselemente endet dabei nicht in Identitätsverzerrungen (Timimi, 1995). Ebenso wenig erfolgt die Herausbildung einer Antihaltung bzw. kategorische Ablehnung elterlicher oder allgemeingesellschaftlicher Wertmaßstäbe (Hatab/ Makki, 1978).

Ein leichtes Gefälle bei Übertretungen der strengen Sozialisierungsgrenzen findet sich hingegen in der Gegenüberstellung weiblicher mit männlichen

Jugendlichen. Letztere sind tendenziell eher bereit, Grenzen zu übertreten und erfahren infolgedessen eine umso autoritärere Behandlung (Al-Kittani, 2000; Al-Shqerat/ Al-Masri, 2001).

Diese Erziehungsschemata variieren gewiss gemäß der sozioökonomischen und lokalen Verortung der jeweiligen Familien. Dies kann sich in der Lockerung der Erziehungsprinzipien äußern (wie es unter emigrierten Muslimen nahe liegt) oder aber in der Umkehrung des oben beschriebenen Mann-Frau-Verhältnisses und der Steigerung des Strengegrades, indem junge Frauen in städtischen Räumen (auch außerhalb ihrer muslimischen Heimat) im Zuge der allmählich einsetzenden soziodemographischen Mobilität plötzlich einer strengeren Behandlung seitens ihrer Eltern bedacht werden als ihre männlichen Pendanten bzw. ihre weiblichen Gleichaltrigen aus ländlichen Gebieten (Dwairy, 2006). Eine eingehende Behandlung geschlechtsspezifischer Erscheinungen folgt weiter unten.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass ein Einblick in die psychokulturellen Gegebenheiten der traditional - islamischen Erziehung nicht den Anlass zu Fehldeutungen oder gar Pathologisierungen geben dürfen. Fisek und Kagıtcıbası (1999) geben hier zu bedenken, dass der in türkischen Familien vorherrschende Autoritarismus in der Psychotherapie nicht als Synonym für Unterdrückung und Missbrauch verstanden werden darf. Die psychosozialen Abhängigkeiten, die sich aus der umrissenen Sozialisierung ergeben, dürfen in der therapeutischen Praxis nicht in die westlichen Konzepte von „Kindheitsübertragung - Gegenübertragung“ (um die psychoanalytische Terminologie zu bemühen), „Unreife“ und „Lösungsschwierigkeiten“ übersetzt werden.

4.2.3 Kollektivistische Persönlichkeit

Wie schon an mehreren Stellen erwähnt gelten muslimische Gläubige als weniger individualisiert, sei es durch das beduinische, Clan orientierte Erbe

oder die Kollektividentität stiftenden Glaubensinhalte. Auch führt die nur wenig individuellen Spielraum lassende Sozialisierung nicht zu einer Auflehnung, sondern vielmehr zur Stärkung der intrafamilialen Bindungskräfte (Cerdea - Hegerl, 2008).

Dabei lassen sich „Verwestlichungstendenzen“ ebenso ablesen wie eine scheinbar bewusste Rückkehr zu traditionellen Lebensauffassungen (Fisek & Kagitcibasi, 1999).

Es scheint insofern unabdingbar, die Grundzüge einer kollektivistischen Persönlichkeit nachzuzeichnen, da sie Implikationen für die psychotherapeutische Arbeit mit sich bringt, indem sie sich grundlegend von der mit individualistischen Patienten abhebt.

Die wissenschaftlich fundierte Infragestellung abendländischer Persönlichkeitsbeschreibungen hat erst in den letzten beiden Jahrzehnten erhöhte Aufmerksamkeit erfahren. Auf Paul Pedersens (1999) Postulat einer Bereicherung des psychotherapeutischen Dreigestirns (Psychoanalyse, Humanistischer Ansatz und Verhaltenstherapie) um eine vierte, multikulturelle Perspektive folgten im weiteren Verlauf eine ganze Reihe von Beiträgen (Singelis, 1994; Triandis, 1995), die sich mit der Ausdifferenzierung von Persönlichkeitsmerkmalen in einem kulturvergleichenden Rahmen beschäftigten. Markus und Kitayama (1998) bezweifeln so auch die Erklärungskraft der westlichen Definition von Persönlichkeit als einem kohärenten, stabilen, autonomen und freien System und werden von Dwairy (2002a) darin bestätigt. Die Autoren dieser neuen Perspektive unterstreichen die Grundzüge von kollektivistischen Kulturen im Einzelnen: Demnach sind derartig verfasste Kulturen 1) eher durch eine gruppengebundene und gruppenzielorientierte Persönlichkeit als durch eine autonome Persönlichkeit getragen, 2) eher durch ein situations- und kontextabhängiges (Rollenerwartungen und Normen) als durch ein internes, reflexives Verhalten bestimmt, 3) eher von einem interpersonalen Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein geleitet (anstelle von individuumsbezogenen Gerechtigkeits- oder Menschenrechtsvorstellungen) und 4) stärker von

extern verankerten Affekten berührt (Mitleid, Scham, Stolz) als von individuellen Emotionen.

Dwairy geht denn auch so weit, dass die Kollektivität muslimisch sozialisierter Personen mehr als nur als *Trait* anzusehen ist. Für ihn ist es ein „Metafaktor“, der zwar nicht zwingend und unidirektional ist, der aber die innerpsychischen Strukturen und Prozesse überragt und ferner einer umfassenderen Theorie bedarf (Dwairy, 2006, S.61 f.)

Es erscheint in diesem Zusammenhang als wenig hilfreich, das Konstrukt „Persönlichkeit“ mit seiner innerpsychischen Dynamik von soziokulturellen Faktoren abzulösen, sondern vielmehr diesem Konstrukt eine Erweiterung anzufügen, die sich aus externen Bestimmungsgrößen (Normen, Werte, Autorität etc.) zusammensetzt.

Die Erkenntnisse von Fisek und Kagitcibasi (1999) heben unter diesen Vorzeichen die Bedeutung der türkischen Familie als psychosoziale und ökonomische Kerneinheit hervor, in der sich die Abhängigkeiten auf verschiedenen Ebenen gegenseitig bedingen und fortpflanzen und eine Loslösung erschweren bis unmöglich machen.

Vor diesem Hintergrund offenbaren sich psychische Krisen bei Muslimen entsprechend eher als durch innerfamiliäre denn als durch innerpsychische Konflikte ausgelöst.

Die Familie ist daher der Ort, von dem sowohl negativer (bei Abweichung vom familiären Wertekonsens bzw. Verhaltenskodex) als auch positiver Input (bei Steigerung des familiären Ansehens und Erfüllung familiengebundener Pflichten) für das Individuum ausgehen. Persönlicher Erfolg liest sich somit als eine Funktion in Abhängigkeit des familiären Zuspruchs bzw. familiärer Missbilligung.

Die zahlreichen Konstrukte der Persönlichkeitsforschung (Ich, Selbstkonzept, Selbstwert usw.) bedürfen daher einer systematischen Nuancierung im Sinne einer Externalisierung von Selbstbestimmung.

Die starke Beeinflussung des Individuums innerhalb kollektivistischer Kulturen vollzieht sich zuvorderst über einen sozialen Mechanismus, den

Noor El-Deen (2000) mit *mosayara* umschreibt, was mit „Bedecktheit“ zu übersetzen ist.

Hinter dieser Wertkategorie verbirgt sich ein Mechanismus, der das Individuum anhält, die Rollenerwartungen, die das Umfeld in es hineinlegt, zu erfüllen und dabei persönliche Anschauungen zu unterdrücken, um die soziale Kohärenz nicht zu durchbrechen.

Die Tiefenwirkung des *mosayara*-Mechanismus reicht nicht selten bis zur Selbstverleugnung und übersteigerten Rollenübernahme, die sogar das kollektiv bestimmte Rollenverständnis übertreffen (Dwairy, 2006).

Studien aus anderen Ländern (Brasilien beispielsweise) gehen sogar noch einen Schritt weiter und beschreiben einen paradoxen Unterdrückungsmechanismus, der zur Identifizierung mit den Unterdrückern führt, um die psychische Gewalt erdulden zu können (Freire, 1992). Im Zusammenhang mit dem Islam ist die Studienreihe Yusoffs (2003) interessant, der eine extreme Form dieses Identifikationsmechanismus bei malaysischen Frauen beschreibt. Für diese Frauen gilt demnach, dass sie selbst unter dem Eindruck gewalttätiger Missbrauchserfahrungen in der Ehe ausharren und dabei noch Schuldgefühle in sich selbst statt in ihren Aggressor projizieren (Yusoff, 2003).

Es liegt auf der Hand, dass eine derartige externe Kontrolle von Handlung (in welchem Ausmaß auch immer) nicht ohne Ventil auskommen kann.

Dementsprechend findet sich das Gegenstück zu *mosayara* im *istighaba* („Ausbruch“). Während sich vor den Augen der Öffentlichkeit Nonkonformität unter nahezu keinen Umständen rechtfertigen ließe, schwächt sich der externe Druck innerhalb vertrauter Gruppen ab. Hier kann in Anwesenheit von engen, oftmals gleichaltrigen Vertrauten die Meinung geäußert und das Verhalten ausgelebt werden, das im Kreise der familiären Hierarchie nicht akzeptabel ist (Dwairy, 2002a).

Es wechselt sich also je nach Situation die private und die soziale Ebene der Persönlichkeit des Betroffenen ab. Studien von UNDP über libanesisches weibliche Jugendliche belegen diese Zwiespältigkeit und zeichnen einen Alltag nach, der sich mit bedingungsloser Folgeleistung im öffentlichen und

familiären Raum einerseits und nonkonformem bzw. islamischen Werten entgegengesetztem Verhalten andererseits präsentiert (UNDP, 2003).

Dwairy weist in diesem Zusammenhang auf die Kunst der Muslime hin, Situationen gemäß ihrer Hintergründigkeit zu erkennen und entsprechend mit mosayara oder istighaba-Verhalten zu reagieren (Dwairy, 2006).

Die Interdependenz und Allgemeingültigkeit der beiden Mechanismen variiert ferner nur in dem Maße, in dem der Betroffene individualisiert ist und sozialen Status genießt. Ein nur gering von individualistischen Werten geprägter und nur geringen Status genießender Muslim zeigt demnach öfter seine soziale Ebene der Persönlichkeit als jemand, der Prestige verkörpert und individualistisch sozialisiert wurde.

4.2.4 Geschlechterverhältnisse

Wie bereits in den vorangehenden Kapiteln beschrieben, handelt es sich im islamisch geprägten Kulturkreis um patrilineare sowie patriarchalische Sozialverbände. Dies trifft im hohem Maße für den arabischen, türkischen, persischen und afghanisch-pakistanischen Raum sowie (in geringerem Maße) für die südostasiatische Region zu. Zwar beginnen sich diese Geschlechtergefälle einander anzugleichen, die uneingeschränkte Überlegenheit des Mannes bleibt dennoch ein allgemeines Charakteristikum genannter Kulturkreise (Cainkar, 1996; Joseph, 1999, 2000).

Die Auffassung, auf der diese Geschlechterunterscheidung fußt, legt nahe, dass Männer und Frauen zu verschiedenen, aber einander ergänzenden Aufgaben bestimmt sind.

Die Betätigungsfelder der Frau beschränken sich dabei im Allgemeinen auf den Haushalt und die Erziehung der Kinder, auch wenn Frauen in ländlichen Gebieten nicht selten Feldarbeit verrichten. Sie werden hierfür jedoch nicht entlohnt und ihre Arbeitskraft wird entsprechend gering eingeschätzt.

Es herrscht weiterhin die verbreitete Meinung, dass der Mann bei häuslichen und erzieherischen Aufgaben keinen Beitrag leisten muss (Abu-Baker, 2003).

Die Institution der Ehe hat im muslimischen Kulturkreis nicht die gleiche Entwicklung durchgemacht wie im westlichen Kulturkreis in den letzten vier Jahrzehnten. Die Scheidungsrate in der arabischen Welt liegt bei ungefähr 4% (Fragness, 1996) während in Deutschland jede dritte Ehe geschieden wird.

Einerseits erklärt sich diese niedrige Scheidungsrate durch die in einigen Ländern langwierigen rechtlichen Verfahren (obwohl der Islam eine Scheidung nicht verbietet), zum anderen aber durch den Status der Ehe als heiliges Bündnis und den Status einer geschiedenen Frau, der im Anschluss erheblich geschmälert ist, was sich dadurch ausdrückt, dass geschiedene Frauen oft gezwungen sind wesentlich ältere Männer zu heiraten und in dieser Ehe oftmals missbräuchlichen Umgangsformen ausgesetzt sind (Simon, 1996).

Die Heirat in muslimischen Kulturkreisen ist gemäß islamischer Lesart eine religiöse Verpflichtung und alleiniger Rahmen sexueller Handlungen, was unter anderem das im Durchschnitt junge Heiratsalter erklärt (Abu-Baker, 2002).

Kennzeichnend ist darüber hinaus der Pragmatismus, mit dem die Eheschließung verbunden ist. Die Ehe ist demnach ein materiell begründetes Sicherheitsnetz, das vor allem der Frau die wirtschaftliche Absicherung garantiert (Abudabbeh & Nydell, 1993).

Dieser Pragmatismus drückt sich auch und gerade im Vorfeld der Eheschließung aus, in dem sich die Partnerwahl meist auf einen einvernehmlichen Beschluss beider Familienzweige gründet und weniger auf eine individuelle, von Gefühlen geleitete Entscheidung der beiden potentiellen Eheleute.

Diese Heiratsarrangements sind somit also eher als die Verknüpfung von zwei Familien zu verstehen und weniger die Folge einer emotionalen Verbundenheit zweier Liebenden (Simon, 1996).

Ist die Ehe geschlossen, verlässt die Frau die Lokalität der Eigenfamilie und begibt sich in den Haushalt der Fremdfamilie (insofern patrilinear). In der

Öffentlichkeit übernimmt die Frau eine defensive Rolle und überlässt dem Mann die Entscheidungen, die außerhalb des Haushaltsbedarfs liegen.

Selbst in bildungsnahen Schichten, in denen sich die Entscheidungsfindung in beidseitigem Einvernehmen immer mehr durchsetzt, verbleibt das letzte Wort beim Mann (Allredge, 1984).

Ausdruck findet die Ungleichbehandlung von Mann und Frau auch in der Wahrnehmung psychischer Erkrankung. Während die Erkrankung des Mannes sehr oft eine Mobilisierung aller finanzieller Ressourcen nach sich zieht, um eine Heilung zu ermöglichen, sind Frauen zum einen oft selbst nicht gewillt, ihre Krankheit einzugestehen, um nicht in beschämendem Lichte zu erscheinen. Zum anderen mangelt es ihnen an finanziellen Mitteln, um die Therapie zu bezahlen, sowie an sozialem Status, um ihre Verwandten um Hilfe zu beten (Dwairy, 1996).

Eine ganz andere Ebene ungleicher Behandlung der Geschlechter findet sich bei der Erziehung des Nachwuchses. Wie bereits oben angedeutet neigen Eltern nach dem Verlassen des Heimatlandes dazu, einen abgeänderten Erziehungsstil anzunehmen. Er äußert sich in erster Linie durch eine im Vergleich zum Ursprungsland überstrenge Behandlung der Frauen. Muslimische Familien richten ihr ganzes Augenmerk auf das Verhalten der weiblichen Nachkommen.

Eltern, Brüder, bereits verheiratete Schwestern und Onkel sind gleichermaßen an dieser Aufgabe beteiligt. Die von ihnen wahrgenommene Gefahr in Form von Drogen, Geschlechtsverkehr und sonstigen „unsittsame“ Handlungen soll durch Mahnungen und Verbote gebannt werden.

4.2.5 Sexualität

Zweifelsohne handelt es sich beim Thema Sexualität um das am meisten tabuisierte Thema vor dem Hintergrund muslimischer lebensweltlicher Erfahrungen.

Sexualität vor und außerhalb der Ehe ist laut islamischer Auffassung nicht gestattet. Das Zusammenleben zweier nicht getrauter Partner ist ebenso wenig erlaubt und auch das bloße Nebeneinander zweier Geschlechter innerhalb derselben Räumlichkeiten ist ein so gut wie nicht vorzufindender Umstand (Abu-Baker, 2002).

Auch wenn islamische Glaubensinhalte keine sexuelle Übervorteilung des Mannes erwähnen, erscheint Geschlechtsverkehr in muslimischen Ländern als ein Akt, der traditionellerweise der Befriedigung des Mannes dient (Dwairy, 2006).

Die Höherstellung des Mannes schlägt sich somit auch darin nieder, dass bei einer Störung des Sexuallebens - sofern es von der Frau ausgeht - alles dafür getan wird, das Problem zu lösen. Hier tritt schließlich auch die Familie als Hilfesteller in Erscheinung, indem sie die finanziellen Ressourcen bereitstellt, die durch ärztliche Behandlung nötig werden. Umgekehrt spielt die Familie die Rolle des Trösters, wenn der Mann nicht in der Lage ist, sexuellen Begierden der Frau zu genügen. Die Frau ist dennoch angehalten, diese Situation als vorbestimmt hinzunehmen (Dwairy, 2006).

Ein offener Dialog über sexuelle Belange zwischen den Geschlechtern darf als äußerst selten angesehen werden und ist selbst unter Frauen ein eher gemiedenes Thema (Abu-Baker, 2002).

Was Homosexualität betrifft, findet sich kein mehrheitlich muslimisches Land, das Homosexualität duldet. Sowohl islamisches als auch staatliches Recht (sofern es sich denn im entsprechenden Land unterscheidet) stellt gleichgeschlechtliche Beziehungen unter Strafe.

Es gibt bislang keine umfassenden Studien auf dem Gebiet der Sexualforschung, die sich auf muslimische Kulturkreise beziehen. Dementsprechend bleiben Erkenntnisse zu den Aspekten voreheliche Sexualität, Homosexualität und dergleichen dem Autor vorenthalten.

Erfahrungsberichte aus der psychotherapeutischen Praxis lassen jedoch bei muslimischen Frauen auf einen im Vergleich zu westlich sozialisierten Frauen stärker schambesetzten Umgang mit dem Thema Masturbation und Sexualität im Allgemeinen schließen (Dwairy, 2006). Für den türkischen

Kulturkreis sind hierzu die Erläuterungen Schouler-Ocaks aufschlussreich (Schouler-Ocak, 2008). Er beschreibt die besondere Konfliktodynamik, die sich aus Namus (ein türkischer Begriff, der die sexuelle Integrität von Frauen beschreibt) und Seref (ein türkisches Wort, das das Ansehen der Familie umschreibt; ein Ansehen, das gewiss unmittelbar abhängig von den Familienmitgliedern ist) ergibt.

Ziel bei der therapeutischen Thematisierung dieser kulturabhängigen Konfliktodynamik darf es letztlich nicht sein, diese „kollektiven Tabuisierungen“ (Peseschkian, 2001) zu enttabuisieren oder in Zweifel zu ziehen, sondern sie ausfindig zu machen und sie kulturgerecht auf ihre therapeutischen Spielräume hin zu ergründen.

4.2.6 Muslimisches Körper- und Gesundheitsverständnis

Dass Ausdrucksformen körperlicher Empfindungen stark kulturabhängig sind, ist inzwischen zu einem Gemeinplatz innerhalb der kulturvergleichenden Ätiologieforschung geworden.

Im Folgenden sollen einige dieser Studien im Zusammenhang mit muslimischen Patienten angesprochen sowie ihre Bedeutung für die psychosoziale Behandlung dieser Patienten herausgehoben werden. Insbesondere das als holistisch zu bezeichnende Körper- und Krankheitsverständnis und seine verbal-semantische Artikulation finden eingehende Beachtung.

W. Bazzoui hat bereits 1970 idiomatische Nuancen im Umfeld der Depressionsdiagnostik für den Irak herausgearbeitet. Dort beschreibt der durchschnittliche Patient die Depression als einen auf der Brust lastenden Druck. Weitere metaphorische Entsprechungen findet das Leiden in Formulierungen wie „dem Herzen als kalter, dunkler Raum in einer Winternacht“ oder „dem toten Herzen“ (Bazzoui, W. zit. nach Quekelberghe, 1991, S.51).

An dieser Stelle wird die - regelmäßig in Studien bestätigte - ganzheitliche Auffassung des eigenen Körpers in muslimischen Kulturkreisen offenbar, eine Auffassung, die ihre Bekräftigung z.B. durch WHO-Studien aus den frühen 1970er Jahren durch das Item „Somatisierung“ erfährt. Hier war Teheran mit 57% mehr als doppelt so positiv korrelierend im Vergleich zur Forschungsgruppe in Montreal (27%).

Weitere signifikante Unterschiede im Erleben einer depressiven Störung finden sich zwischen Iran und z.B. der Schweiz oder Kanada. Hierbei wurden vor allem die divergierenden Ergebnisse hinsichtlich der im Verlauf der Depression auftretenden Schuldgefühle und Selbstvorwürfe auffällig (68% der in Basel untersuchten Patienten bejahten Schuldgefühle, in Teheran lediglich 32%). Die Ergebnisse sind dabei als Hinweis auf die islamisch verankerte Fremdbestimmtheit des körperlichen (und mentalen) Wohlergehens zu deuten.

Diefenbacher et al. (1996) haben mit ihren klinischen Studien über das Somatisierungsverhalten islamischer Patienten die bereits angeführten Hinweise über eine „Verkörperlichung“ mentaler Beschwerden ausgiebig bestätigt (Diefenbacher et al., 1996). Überdies widerlegten sie die unter anderem von Kirmayer und Teja postulierte Relevanz der sozioökonomischen Stellung und heben damit die Bedeutung des kulturellen Hintergrundes als ausschlaggebendes Moment hervor.

Eine ganze Reihe von darauf folgenden Untersuchungen befasst sich mit dem Ausmaß dieser Unterschiedlichkeit innerhalb der Somatisierungsmuster bei Patienten westlicher und islamischer Herkunft (Haasen et al., 2000; Walter & Adam, 2002; Razum, 2003; Weilandt, 2003).

Die medikamentöse Behandlung muslimischer Patienten und deren Verhältnis zum Hausarzt als erster Anlaufstelle bei somatoformen Beschwerden ist ferner ein zentraler Drehpunkt weiterer Untersuchungen (Brucks & Salisch, 1985; Strate & Koch, 2000; Ferber et al., 2003; Brucks, 2004).

Insbesondere die Arbeiten Brucks (2004) sind in diesem Zusammenhang aufschlussreich. Ihre emblematische Beschreibung des Arzt - Patienten -

Verhältnisses als „Einverständnis im Missverständnis“ hebt mithin auf eine systematische Fehldiagnose somatoformer Störungsbilder bei muslimischen Patienten durch den Hausarzt und auf die daraus resultierende Fehl- und Überdosierung von Schmerzmitteln ab (Branik & Mulhaxa, 2000; Brucks, 2004).

Weitere Erklärungsansätze finden sich in der kulturinduzierten gestischen und mimischen Artikulation von körperlichen Beschwerden. So weisen Becker, Wunderer und Schultz-Gambard auf einen intensiveren, lauterer und deutlicheren Schmerzausdruck hin, der sich in Mimik, Gestik und Verbalität offenbart. Die allgemein überdeutlich bekundeten Gefühle (auch bei Freude, Mitleid, Trauer) entsprechen im muslimischen Verständnis Attributen wie Aufrichtigkeit, Ehrlichkeit und Ernsthaftigkeit und Intensität der durchlebten Emotionen bzw. der Anteilnahme an denen anderer. Reservierte, distanzierte oder verborgene Expressivität wird im Umkehrschluss als Zeichen geringfügiger Schmerzen oder geringer Teilhabe an Leid und damit als soziale Unerwünschtheit be- und verurteilt. An dieser Stelle gilt es nicht minder, die kulturellen Verhaltensnormen zu erkennen und sie in die patientenspezifische Ätiologie einzuweben.

Es liegt also nahe, anzunehmen, dass die Wahrnehmung von und das Verhalten in Bezug auf Gesundheit sowie Krankheit vor dem Hintergrund islamisch geprägter Sozialisierung einer näheren Betrachtung bedarf.

Westliche Schulmedizin, die dem rationalen Kausalitätsprinzip und einer strikten Leib-Seele-Dichotomie unterliegt, gründet ihre Diagnostik auf die akkurate Zuschreibung von Symptomen zu ihren Erregern. Dabei werden Organe einzeln, Infektionen bakteriologisch bzw. virologisch und persönliche Lebensführung als gesundheitsfördernd bzw. -schädigend eingeordnet.

Im Islam hingegen herrscht mehrheitlich die Auffassung, das eigene Dasein liege in der Hand Allahs. Dieser fremdbestimmte Determinismus kann mitunter zu Passivität in gesundheitsrelevanten Fragen führen.

Nicht einzelne Körperteile gelten als betroffen, sondern der ganze Körper. Der Mensch als Entität muss demnach behandelt werden. Diese Betrachtungsweise beschränkt den muslimischen Patienten nicht nur in

seiner Fähigkeit, Krankheitssymptome adäquat zu beschreiben, sie versperren ihm auch den Weg zu einem Verständnis von der Beziehung zwischen Ursache und Wirkung, was wiederum bei durch Lebensführung ausgelösten Krankheiten (Diabetes z.B.) die Heilung erschwert.

Für die naturwissenschaftlich fundierte Geist – Körper – Dichotomie - Medizin wird überdies eine gezielte Behandlung durch Unterscheiden von Haupt- und Nebenbeschwerden oder durch den Verweis auf innere Ursachen für äußere Symptome (z.B. bei Stoffwechselerkrankungen), die der Patient nicht zu lokalisieren vermag, ebenso beeinträchtigt.

Diese ganzheitliche Wahrnehmung von Erkrankungen begründet sich nicht zuletzt in einem weit verbreiteten Volksglauben mitsamt seiner ihm innewohnenden Mythologie.

Gerade unter den älteren und ländlich geprägten Jahrgängen haben Schutzgeister (persisch: *amesha spentas*) und Dämonen (arab.: *apaosha*; persisch: *jinn*) sowie humorale (die Körperflüssigkeiten betreffende), naturalistische (auf Naturelemente fußende) und mechanistische (das Verrutschen von Organen in Erwägung ziehende) Krankheitskonzepte große Bedeutung.

Im Falle des persischen *jinn* zeigt sich die Verquickung mit einem pathologischen Muster deutlich: im Allgemeinen wird nämlich eine psychische Krankheit mit *jinnoon* bezeichnet, was wörtlich „den Zustand eines von einem Dämon Besessenen“ meint (Harfouche, 1981).

Ähnliche Verbreitung findet der Glaube an die negative Kraft des sog. bösen Auges, das eine bösartige Absicht eines Mitmenschen beschreibt, der durch einen Blick Unheil hervorruft. Eine Studie in ausgewählten muslimischen Ländern aus dem Jahr 1981 legt nahe, dass 81,3% der Mütter glauben, das böse Auge habe einen schadhaften Einfluss auf ihre Kinder (Harfouche, 1981).

In diesem Zusammenhang erfahren Heiler und volksmedizinisch geschulte Gelehrte große Zustimmung in der muslimischen Glaubensgemeinde.

Dieser Volksglaube erfreut sich in vielen muslimischen Ländern und in deren „Exilgemeinden“ in unterschiedlicher Intensität und mit unterschiedlicher

Figuration großer Beliebtheit. Aus diesem Grund sollten sie in der Kommunikation zwischen Patient und Arzt Erwähnung finden und auf diese Weise dazu beitragen, den Eindruck gegenseitiger Achtung und Würdigung zu stärken sowie die Auseinandersetzung des Patienten mit seinen Beschwerden zu fördern.

4.3 Psychopathologie bei muslimischen Patienten

Bis vor nicht allzu langer Zeit war die nichtwestliche Herkunft einer Krankheit entscheidendes Kriterium bei der Qualifizierung einer Krankheit zur kulturgebundenen Krankheit (Culture - bound Syndrom, CBS), die gleichsam physische wie seelische krankhafte Störungen umfasste.

Dabei bewegt sich die wissenschaftliche Betrachtung von CBS grundsätzlich in den Spannungsfeldern aus „kulturspezifischem Wissen (...) (und, H.R.) und universell gültigem Wissen“. Ferner geraten die „Übersetzungsmöglichkeiten von kulturspezifischem Wissen und Verhalten in universell gültige Kategorien“ (Habermann 1993:97) in den Sucher des Forschers. Tseng und McDermott (1981) inventarisieren die CBS nach ausschließlich kulturspezifischen Kriterien, indem sie Glaubensannahmen, Verhaltensnormen in Verbindung mit Sanktionierungsmechanismen, Interpretationsmuster und spezifischen Heilungskonzepten hervortun.

In Bezug auf die vorliegende Arbeit sind jene Formen von CBS von analytischem Interesse, die als Importgut aus dem ursprünglichen lokalspezifischen Rahmen in das neue Umfeld transponiert werden.

So verhält es sich beispielsweise mit dem kulturspezifischen Stressor „Familienstruktur und -brauchtum“, namentlich der so genannten arrangierten Hochzeit. Dieses in fast allen islamisch dominierten Ländern vorzufindende gesellschaftliche Phänomen (das in nicht wenigen Fällen nach der Emigration fortlebt) kann für die Braut, die oftmals ein sehr junges Alter aufweist, ein einschneidendes, stressauslösendes Erlebnis darstellen, das im äußersten Falle in „Heiratspsychosen“, Suizid und Besessenheit gipfelt (van Quekelberghe, 1991).

Während derartige kulturgebundene Syndrome tendenziell eher exotischen Charakter besitzen, finden sich eine ganze Reihe von kulturgebundenen Symptomerscheinungen und -konstellationen im Zusammenhang bereits bekannter Störungsbilder, die sich innerhalb einer nicht-westlich sozialisierten Kultur systematisch nachweisen lassen.

Kleinman (1986) und Eisenbruch (1991) zeigten dies für den chinesischen und zentralamerikanischen Kulturkreis sowie Okasha et al. (1993) für den arabischen.

Infolge dieser Erkenntnisgewinnung widmete die American Psychological Association im Jahre 1997 erstmalig ein eigenes Kapitel derartigen durch Kultur gefärbten Störungsbildern (APA, DSM-IV Sourcebook, Vol.3, 1997).

Im Folgenden sollen nun diejenigen häufigsten psychischen Erkrankungen vorgestellt werden, die durch die islamische Kultur beeinflusst sind und sich infolgedessen in ihrer Symptombandbreite von der westlichen unterscheiden.

4.3.1 Somatoforme Erkrankungen

Wie bereits an vielen vorangehenden Stellen offengelegt, ist die islamisch geprägte Wahrnehmung von Körper, Gesundheit und damit Krankheit eine sehr holistische und eine cartesianische Trennung nicht berücksichtigende Wahrnehmung. Zahlreiche Studien belegen diese Vermutung (siehe 4.2.6) und weisen auch auf den Umstand hin, dass körperliche Beschwerden als gesellschaftlich legitimes Vehikel betrachtet werden, mit dem persönliche Probleme transportiert werden. Im Gegensatz dazu steht die Artikulation von Emotionen eher unter einem gesellschaftlichen Stigma (Racy, 1977; Budman, 1992).

Streng genommen erscheint selbst die Diagnose „Somatisierung“ als unzutreffend, lassen sich in kollektivistischen Kulturen doch keine ausschließlich psychischen Erkrankungen als solche klassifizieren. Dementsprechend ist auch kein Somatisierungsverlauf hineinzudeuten (Dwairy, 2006).

4.3.2 Angst- und Zwangsstörungen

Unter dem Einfluss islamspezifischer Rituale bilden sich Verhaltenssequenzen heraus, die in vielfacher Hinsicht die diagnostischen Kriterien (in Anlehnung an DSM-IV) einer Zwangsstörung erfüllen. Namentlich handelt es sich dabei um die Reinigung und die *waswas* (Denkzwang mit negativem Inhalt). In ersterem Falle tragen die Gebote zur Waschung von Kopf, Gesicht und Extremitäten vor jedem Gebet sowie das verbalisierte Gebet mitsamt seines vorgeschriebenen Bewegungsablaufes dazu bei, dass sich ein Muster zu erkennen gibt, das nicht selten in zwanghafte Ausübung übergeht. Okasha et al. haben das Vorkommen von Zwangsgedanken und -handlungen bei ägyptischen Patienten nachweisen können (Okasha et al., 1994; Okasha, 1999). Hier kreisten die Gedanken um permanente Ansteckungs- und Infektionsgefahr sowie Reinigung, Waschung und Gebetsausübung. Im Gegensatz zu dem bei westlichen Patienten bekannten Erkrankungsprofil erkannten die arabischen Patienten jedoch nicht das Ausmaß der Absurdität ihrer gedanklichen Fixierung. Therapeutische Ansatzpunkte sind an dieser Stelle in der durch die islamische Lehre angebotenen Alternativrituale, die spirituell gleichwertig sind, aber in ihrer Ausgestaltung variieren und dadurch die Ausschließlichkeit der wiederkehrenden obsessiven Gedanken relativieren.

Ein zweites kulturgebundenes Krankheitsbild lässt sich mit dem arabischen Begriff *weswas* ausdrücken, der eine „Verhaftung an bösen Gedanken“ beschreibt. Gegenstand dieser Gedanken ist oftmals eine sündhafte Handlung in sexueller oder gewaltvoller Form. Die Entstehung dieser Gedanken wird durch den Patienten dabei meist einer übernatürlichen Kraft - einem Jinn oder dem Teufel - zugeschrieben, wodurch eine reflexive Schuldzuweisung oder ein innerpsychischer Unterdrückungsmechanismus ausgeblendet werden (Dwairy, 2006).

Therapeuten, die in dieser Situation versuchen, unterdrückte Begehrlichkeiten oder Verdrängungsmechanismen durch psychodynamische Offenlegungstechniken zu behandeln, laufen dabei Gefahr, Gefühle auf Seiten des

Patienten hervorzurufen, die seine Persönlichkeit (die bereits weiter oben als kollektiv beschrieben wurde) vor eine vielleicht unlösbare Aufgabe stellen. Angebracht scheint daher eine therapeutische Kooperation mit traditionellen Heilern, *sheks*, bzw. eine religiös verankerte Lösungsstrategie (siehe hierzu Dwairy, 1997b).

4.3.3 Depression

Im Zusammenhang mit dem Erkrankungsbild der Depression tritt die Verquickung von kulturinduzierten Phänomenen und dem besagtem Störungsbild erschwerend auf. Nicht zuletzt die Tatsache, dass die Depression selbst vielerorts als ein kulturgebundenen, westliches Syndrom angesehen wird, verhindert den unveränderten Transfer von Diagnoseprofilen in ein anderes kulturelles Habitat (Marsella, 1978; Fernando, 1988).

Die Koexistenz zahlreicher, teils kompatibler, teils einander ersetzender symptomatologischer Diagnoseinstrumente versperrt zudem den Weg zu einer Übertragung von Störungsprofilen (Radloff, 1977; Baron et al., 1990; Manson, 1990, 1997).

Eine der größten Schwierigkeiten bei der Diagnostizierung depressiver Perioden bei Patienten islamischen Hintergrundes ist mithin die Wahl des der Befindlichkeit des Patienten Ausdruck verleihenden Vokabulars. Da die Artikulation von Emotionen stark kulturgeprägt ist und die westliche Begrifflichkeit einer inneren Unzufriedenheit, Niedergeschlagenheit bzw. Dysphorie nicht ohne rückbezügliche Gefühlsergründung vonstatten geht, erweist sich der Transfer westlicher Terminologie als nicht selten verfehlt und irreführend (Rosaldo, 1984; Manson, 1997).

Die bereits mehrmals beschriebene Feststellung einer weniger stark ausgeprägten Unterscheidung somatischer und psychischer Beschwerden trägt ihren Teil zu der Diffusion von Symptomzuweisung und –benennung bei. Auch innerhalb des islamischen Kulturkreises kann sich der Gefühlsausdruck in seiner Intensität diametral entgegengesetzt nachweisen lassen. Als

Beispiel soll hier die Gegenüberstellung der palästinensischen Kulturgruppe mit der persischen dienen. Innerhalb ersterer lässt sich eine systematische Unterdrückung von öffentlich bekundeter Trauer feststellen, während innerhalb der iranischen eine derartige ostentative Äußerung als erwünscht zu bezeichnen ist (Good & Good, 1982).

Andere Studien, die im Zusammenhang mit dem depressiven Krankheitsbild durchgeführt wurden, belegen frühere Annahmen, bei islamisch sozialisierten Patienten von westlichen Patienten abweichende Features vorzufinden: darunter höhere Somatisierungsgrade, häufigere Selbstmordgedanken bei gleichzeitig geringer Suizidrate, wenig ausgeprägte Schuldgefühle bei stark wirkenden Beschämungsängsten und die erkennbare Tendenz, die eigene Verantwortbarkeit auszuschließen und stattdessen auf externe Kräfte zu verweisen (für Ägypten: Abd El-Gawad, 1995; Okasha, 1999; für Türkei: Tuncer, 1995; für Sudan: 1962).

4.3.4 Persönlichkeitsstörungen

Psychische Störungsbilder innerhalb des Konstrukts „Persönlichkeit“ (Markus & Kitayama, 1998) manifestieren sich bei islamisch sozialisierten Patienten meist nach Eintritt in eine neue, fremde Mehrheitsgesellschaft, die in ihrer Wertegrundierung von der Heimatgesellschaft stark abweicht. Antisoziale oder paranoide Züge können so eine Persönlichkeit im Transitionsstadium verändern.

Für weniger anpassungsfähige und sehr abrupt migrierende Muslime lässt sich ferner eine überauffällige Borderline - Erkrankungsrate feststellen (Murphy, 1982). Innerhalb dieses Störungsbildes finden sich ferner charakteristische Unterschiede zur Symptompalette westlicher Patienten: geringer ausgeprägte Schizoidität, seltener von einem Gefühl der Leere begleitet.

Das Moment der Kultur muss auch bei weniger exponierten Symptomen Berücksichtigung finden, so z.B., wenn es sich um ein scheinbares Abhängigkeitsverhältnis zwischen Patient und dessen Familie handeln mag,

in dem autonome Entscheidungen dem Familienrang untergeordnet werden. Entsprechende Assessment-Anstrengungen müssen daher im Vorfeld die Therapie absichern (siehe Alarcon & Foulks, 1997).

4.3.5 Beeinträchtigung von Sexualfunktion und Sexualerleben

Eingedenk des Tabuisierungsgrades, die sexuelle und korporal - erotische Handlungen innerhalb der muslimischen Lebenswelt begleiten, bergen Störungen der sexuellen Aktivität bei Mann und Frau (wenn auch unter verschiedenen Vorzeichen) das größte Potential interkultureller Missverständnisse (Dwairy, 2006).

Neben gesellschaftlich institutionalisierten Verhaltensnormen wie Verheiratung Minderjähriger und Untersagung vorehelicher Sexualität sowie der starken Tabuisierung von Homosexualität finden sich andere Erkrankungsauffälligkeiten, die überwiegend aus dem ungleichen Geschlechterverhältnis resultieren.

Die mehrheitlich in arabisch-islamischen Kultursphären vorzufindende Auffassung, Frauen stünden Lust und Genuss an sexuellen Handlungen nicht zu, impliziert die Gefahr einer erhöhten Anfälligkeit unter Frauen für pathophysiologische Erscheinungen im Umfeld der Sexualität.

Nicht zuletzt der psychische Druck, der auf einer jung vermählten Braut lastet und der aus der Erwartungshaltung der sozialen Umwelt bezüglich ihrer „Kapazität“ gespeist wird, führt zu einer erhöhten Prävalenz von Vaginismus (Dwairy, 2006). Diese und weitere Erscheinungen werden von der islamischen Kultur als normal betrachtet. Zu jenen weiteren Störungsbildern zählen hauptsächlich Anorgasmie (regelmäßiges Ausbleiben des Orgasmus), Cypridophobie (Furcht vor dem Geschlechtsverkehr) und Androphobie (Furcht vor dem männlichen Geschlecht) bis hin zur Dyspareunie (Fehlen des Wollustgefühl bei der Frau infolge schmerzhaften, sexuellen Erlebens), die nicht selten zu völliger Anaphrodisie (Ausbleiben sexueller Lust) und Misandrie (Männerhass) führt.

Auf Seiten des Mannes ist ein im westlichen Verständnis eher krankhaftes Phänomen, die frühzeitige Ejakulation, hingegen Ausdruck außergewöhnlicher Potenz.

Erektionsprobleme sind wiederum für den Mann und sein soziales Umfeld gravierende Erscheinungen.

Zusammen mit dem Vaginismus sind Erektionsprobleme die am häufigsten gestellten sexualitätsbezogenen Diagnosen bei muslimischen Patienten (Dwairy, 2006).

Diese sexuelle Symptomatologie wird vor allem durch außerprivate bzw. familieninduzierte Erwartungskulissen, die um die Ehepartner aufgebaut werden, ausgelöst. Die bereits erwähnte Heiratspsychose bündelt diese externen Faktoren: Während das frisch vermählte Paar sich zurückzieht, versammelt sich die Familie vor dem entsprechenden Raum und wartet den Ausgang der Vorgänge ab. Dabei spielen Problemkreise wie Virginität, das Eintreten vaginaler Lubrikation, erfolgreiche Erektion und Ejakulation naturgemäß die Hauptrolle. Sollten die Erwartungen nicht erfüllt werden, treten nicht nur krisenhafte innerpsychische und interpersonale Momente bei der Geehelichten auf, sondern Scham und Erniedrigung bei den Familienangehörigen.

Auch wenn dieses westlich sozialisierten Beobachtern extrem erscheinende Brauchtum vor allem in urbanen Räumen und unter Auswanderergruppen an Bedeutung verliert, illustriert es doch in eindringlicher Weise, wie ritualisiert und damit andersartig Sexualität in traditionell islamischen Kulturkreisen gelebt wird.

4.3.6 Psychotische Störungen

Das Bestehen interkultureller Unterschiede innerhalb der Symptomatik von Schizophrenie-Patienten ist in einer Serie von Studien bestätigt worden (Fabrega, 1968; WHO, 1973, 1979; Ndeti & Vadher, 1984; Lin & Kleinman, 1988).

Vergleichsstudien, in denen ägyptische Schizophrenie-Patienten britischen und amerikanischen gegenübergestellt worden sind, brachten ein signifikant unterschiedliches Symptomranking hervor: Affektive Bipolarität, gedankliche Zerstreuung, kognitive Blockade und Apathie waren wesentlich höher einzustufen als in der westlichen Vergleichsgruppe. Das Auftreten von Wahnvorstellungen war hingegen das zweithäufigste Symptom in der US-Gruppe, während es indes erst an zehnter Stelle im ägyptischen Sample verortet war (Abd El-Gawad, 1995).

Fast ein Jahrzehnt vor dieser Forschungsreihe sahen nordafrikanische Psychiater die Notwendigkeit, einen kultursensiblen Ratgeber für psychotische Störungen bei muslimischen Patienten zu entwickeln (Douki et al., 1987).

Okasha et al. (1993) deklariert ein Durchgangssyndrom als die am häufigsten gestellte Diagnose in seiner 1993 an ägyptischen Schizophrenie - Patienten durchgeführten Studie. Hier waren Halluzinationen wiederkehrende Einzelsymptome, die durch Stress ausgelöst werden und durch eine rasche Besserung charakterisiert sind (Okasha et al., 1993).

5. Ansätze kultursensibler therapeutischer Arbeit mit muslimischen Patienten

5.1 Grundlagen kultursensibler Psychotherapie

Zunächst einmal muss der Begriff der „kulturspezifischen“ bzw. „kultursensiblen“ Psychotherapie expliziert werden. Dahinter verbirgt sich die Auffassung von einer Psychotherapie, die in Anerkennung der „Besonderheiten, die aufgrund eines bestimmten kulturellen Hintergrundes auftreten, d.h. aufgrund der Werte, Verhaltensnormen und Glaubenseinstellungen, die der sozialen Gemeinschaft zugehörig sind, aus der die betreffende Person stammt“, einen Begegnungsraum schafft, der versucht, diese Besonderheiten zu thematisieren, ohne sie infrage zu stellen und Lösungen unter Berücksichtigungen dieser Besonderheiten zu finden (Behrens & Calliess, 2008, S.163).

Die Gefahren von Ethnozentrismus, Stereotypisierung und Schematisierung sind dabei bei allen Akteuren des Gesundheitssystems (Behandler und Behandelte) groß. Sowohl Überbetonung als auch Verleugnung der kulturellen Unterschiede - zwei häufig nachweisbare Reaktionen von Therapeuten – sind also problematisch (Schouler-Ocak et al., 2008).

In jedem Fall will eine kultursensible Therapie verstehen, wie Symptomatik und Krankheitsverarbeitung kulturell geprägt sind, um sich dieses Wissen für Diagnostik, Heilung und Planung zunutze zu machen. Konkrete Fallbeispiele, die die besondere Konfliktdynamik interkultureller Begegnung im therapeutischen Kontext veranschaulichen, finden sich bei Dwairy (2006) und Lindert et al. (2008). Im Folgenden sollen die Eckpfeiler einer solchen Therapie vorgestellt werden.

Das Konzept der kulturellen Kompetenz wurde Ende der 1980er Jahre in den USA entwickelt und umfasst Wissen, Verhalten und Einstellungen der Akteure der gesundheitlichen Versorgung.

In diesem Konzept befinden sich 1) Neugier auf Fremdes (*cultural sensitivity*), 2) Empathiefähigkeit (*cultural empathy*), 3) Möglichkeit und Bereitschaft, Beziehungen kulturell sinnvoll zu gestalten (*adjustment of culturally relevant relations*) sowie 4) Bereitschaft seitens des Behandelnden therapeutische Ziele zu formulieren, die verträglich sind mit dem kulturellen Hintergrund des Patienten (*establishment of ability for cultural guidance*; Lindert, 2008).

Die beiden erstgenannten Bausteine finden sich in den Forderungen zahlreicher Autoren (Cerda-Hegel, 2008; Schouler-Ocak et al., 2008; Behrens & Calliess, 2008) wieder. Es handelt sich dabei um die Grundbedingung des Umgangs mit Patienten, die einen migratorischen Hintergrund mitbringen: die Anerkennung kultureller Unterschiede zwischen der eigenen und der Fremdkultur.

Für die Ausgestaltung einer kultursensiblen Therapie lassen sich weitere Elemente ausmachen, die die Erfolgsquote von therapeutischen Maßnahmen im interkulturellen Kontext steigern könnten. Unter Berücksichtigung von kulturell abhängigen Merkmalen in den interpersonalen Bereichen Kommunikation (direkte versus indirekte Kommunikation), Umgang mit Gefühlen (emotionale Kontrolle versus Expressivität) und Zwischenmenschlichkeit (Sachorientierung versus Beziehungsorientierung) darf nicht unterschätzt werden, wie stark therapeutische Wirkungskraft von solchen Standards getragen oder gehemmt wird (Cerda-Hegel, 2008).

Auch die Dimensionen Kollektivismus und Individualismus sind in diesem Zusammenhang bedeutend, zumal die in Deutschland vorherrschenden psychotherapeutischen Konzepte auf der Erreichung von Copingstrategien fußen. Eine derartige individuelle Bewältigung von Problemen ist aber eben in einer kollektivistisch geprägten Gesellschaft und bei deren Mitgliedern nur bedingt hilfreich und in nicht wenigen Fällen schädigend.

Es geht also um „die Fähigkeit, effektiv, angemessen und erfolgreich mit Angehörigen anderer ethnischer Gruppen und in fremdkultureller Umgebung kommunizieren zu können“ (Cerda-Hegel, 2008, S.142). Dazu gehören die Einnahme einer emischen bzw. empathischen Perspektive gegenüber

Migranten sowie der Versuch, Vorurteile abzubauen, ohne Unterschiede zu verkennen, um diese im Folgeschritt zu respektieren. Das hieße vor dem Hintergrund der kollektivistischen Dimension des Patienten, dass sich der Therapeut stärker des Instruments des Joinings bedient, also der Bereitschaft, „sich in die Lebenswelt der Patienten und der Familien mit Migrationshintergrund einzufühlen und hineinzubegeben“. Diese Forderung lässt sich in Verbindung mit dem vierten Baustein interkultureller Psychotherapie bringen (Schouler - Ocak, 2008).

Punkt 3 (*adjustment of culturally relevant relations*) wird im letzten Kapitel der Arbeit ausführlich dargelegt.

5.2 Die Einschätzung des Patienten

Die Ethnographie, die in den vorangehenden Kapiteln ein umfassendes Bild traditioneller muslimischer Realitäten geben sollte, erfährt ihre Relativierung durch die unterschiedlichen Faktoren, wie sie sich in Form von Emigration, Verstädterung, Industrialisierung und informationstechnischen Globalisierung finden lassen.

Dabei erfährt jeder Patient eine ihm eigene Prägung, die sich je nach Dauer und Intensität des Akkulturationsprozesses verändert.

Aus dieser unterschiedlichen Gradierung ergibt sich ein Kontinuum, an dessen einem Ende der traditionelle, nach Scharia urteilende, religiös - praktizierende, bildungsferne, den Großteil des Lebens in einem muslimischen Land verbringende Muslim steht und an dessen anderem Ende der westlich sozialisierte, säkular-rational wertende, unreligiöse, bildungsnahe und in einem westlichen Land geborene Muslim.

Selbstredend lassen sich dazwischen die unterschiedlichsten Nuancierungen finden.

Es ist daher unerlässlich, vor Beginn einer Psychotherapie den Patienten in seiner Gradierung einzuschätzen, um ihn innerhalb des genannten Kontinuums verorten zu können.

An dieser Stelle sollen deshalb einige Werkzeuge vorgestellt werden, die diese Evaluation ermöglichen sollen.

Ausgangspunkte sind dabei Weltanschauung, Akkulturation und Familienbezug (Dana, 1993; Ibrahim et al., 1994). Unter Weltanschauung soll in diesem Zusammenhang die subjektive Bewertung des Betroffenen in Bezug auf seine Beziehung zu den Menschen in seinem Umfeld, den Institutionen, der natürlichen Umwelt etc. verstanden werden (Sue, 1978).

Die Kategorien Weltanschauung und Akkulturation lassen sich dabei anhand von sechs Kriterien aufschlüsseln (Grieger & Ponterotto, 1995):

1. Reflexionsgrad des Patienten
2. Reflexionsgrad der Familie des Patienten
3. Meinung des Patienten und dessen Familie über Psychotherapie
4. Akkulturationsgrad des Patienten
5. Akkulturationsgrad der Familie des Patienten
6. Meinung der Familie über die Akkulturation

Es obliegt dem Therapeuten daher ferner, die Weltanschauung als Gradmesser für den Grad der Individualisierung zu benutzen, indem er das Profil des Patienten dem seiner Familie gegenüberstellt.

Angelpunkt dieses Einschätzungsschlüssels ist nicht zuletzt der Reflexionsgrad des Patienten (als deutsche Entsprechung des englischen *psychological mindedness*), der sich in erster Linie durch die Fähigkeit des Patienten zur Selbstbeobachtung und zur (von der Therapie) unabhängigen Problemanalyse verstehen lässt (Molson, 1998).

Ibrahim und Khan geben hierzu Evaluationsinstrumente (in dem Fall handelt es sich um eine psychometrische Skala), die vor allem auf die Ermittlung der familiären psychologischen Konsistenz abzielen (Molson, 1987).

Berg-Cross und Chinen (1995) schlagen ein halbstandardisiertes Interview vor, das sowohl die Weltanschauung des Patienten aufdecken will als auch die seiner Familie.

Zentrale Fragen kreisen dabei um die Bereiche Werte, Bedürfnisse, Sorgen, Ängste, Ziele, Problemlösungsstrategien und Verhaltensregeln. Dabei soll der Patient zunächst seine eigenen Positionen zu genannten Fragebereichen nennen, um im Anschluss aus seiner Perspektive auch die von ihm unterstellten Positionen seiner Familie vorzubringen (Berg-Cross & Chinen, 1995).

Um sich in Bezug auf die Aussagekraft der Antworten abzusichern, empfiehlt Dwairy (2006), überdies die Familie nach gleicher Vorgehensweise zu interviewen, um eine verlässliche Deckungsgleichheit zu erreichen.

Nicht wenige Untersuchungen lassen den Schluss zu, dass nicht - westlich sozialisierte Patienten abgeänderte Testverfahren benötigen (Costantino et al, 1981; De Vos & Boyer, 1989). Die Gründe hierfür liegen zum Teil in der Unvertrautheit mit prüfungsähnlichen Situationen oder mit der Aufforderung, frei zu assoziieren bzw. un gelenkt Inneres zu offenbaren.

Analphabetismus (der zumindest in der älteren Generation muslimischer vorzufinden ist) oder Leseschwächen sind andere Gründe, die schriftliche Tests vorneweg unmöglich machen.

Auch die Umweltabhängigkeit, die gewisse Assoziationen determiniert, wird z.B. im Rorschach - Test reproduziert und verzerren die Ergebnisse (Levitt & Truumaa, 1972).

Während es an Konzepten, die die Beziehung zwischen Individuum und seinem sozialem Umwelt erfassen, nicht mangelt, finden sich nur vereinzelte Ansätze zur Gegenüberstellung des Einzelnen mit seiner physischen Umwelt. Dwairy greift die Methodik Winnicotts (1953) auf und unterstellt dabei physischen Objekten eine ihnen immanente Ladung, die aus Erinnerungen, Gefühlen und weiteren subjektiven Konnotationen besteht (Dwairy, 2001, 2003).

Er nennt seine Vorgehensweise „Talking about significant objects“ (TASO). Besagte Objekte werden demnach vom Patienten selbst ausgesucht (darunter können sich Schmuck, Bücher und Kleider befinden) und sollen in ihm Erinnerungen hervorrufen, die wiederum die Entstehung psychosozialer Krisen zu rekonstruieren helfen. Das physische Objekt, das hier als Medium

und Vehikel zugleich Anwendung findet, ersetzt dabei die explizite und oftmals den Patienten (und in besonderem Maße den traditionell – muslimischen Patienten) überfordernde Aufforderung, sein Inneres offenzulegen (Dwairy, 2006).

5.3 Der Koran als therapeutischer Ratgeber

Die zentrale Bedeutung des Koran in der islamischen Geisteswelt und seine sich immer wieder aufs Neue aktualisierende Exegese legen nahe, seine Inhalte therapeutisch nutzbar zu machen. Der nichtmuslimische Psychotherapeut ist dabei nicht angewiesen, Sure für Sure zu studieren. Bereits erschienene Ratgeber kreieren die Passagen ein, die problemorientiert zum Einsatz kommen können. An dieser Stelle soll nun nicht versucht werden, eine vollständige psychotherapeutisch–zweckmäßige Exegese des Korans zu liefern. Lediglich einige beispielhafte Problemkreise sollen skizziert werden, um die Anwendung des Korans und der ‚qeyas‘ (Lehrsätze) zu konkretisieren.

Eines der augenfälligsten Konfliktfelder findet sich im Verhältnis zwischen Mann und Frau. An dieser Stelle liefert F. Mernissi (1993) eine eingehende Abhandlung *gender* - bezogener Lösungsstrategien. Als Antwort auf den von muslimischen Eltern untersagten Wunsch ihrer Töchter, eine höhere Bildungseinrichtung zu besuchen, verweist die Autorin auf den ersten Vers des Korans, der die Gläubige bzw. den Gläubigen explizit zur Lektüre und allgemein zu intellektueller Aktivität auffordert (der arabische Schlüsselbegriff ist hierzu *iqra*, der wortwörtlich „Rezitation“ beschreibt).

Im Falle des herrischen Ehemannes und der unter eingeschränkten Bedingungen lebenden Ehefrau richtet Mernissi das Augenmerk des Lesers auf die Rolle der Frau des Propheten Mohammed, Aisha, die sich auf Politik, Religion und sogar militärische Belange ausdehnte (Mernissi, 1993).

In Bezug auf Verlusterlebnisse und akute Stresseinwirkungen empfehlen islamkundige Autoren (Frankl, 1959, Hourani, 1983) den Verweis auf den

Determinismus, der im islamischen Daseinsverständnis verankert ist (die arabische Entsprechung ist ‚maktub‘). Botschaften wie sie sich in den Suren 19, 51 oder 169 finden lassen, bauen auf Begriffen wie Fatalismus, Prädetermination und Ergebung in das Schicksal sowie Gottesfürchtigkeit auf. Derartige Maximen vermögen bei identitätserschütternden Krisen Anleitungen zum Verarbeiten der Problemlagen geben.

Es wird sehr schnell klar, dass die Fülle der Ansatzpunkte innerhalb der koranischen Lehre nahezu unerschöpflich ist. Im Falle der Hadiths, der zweiten Quelle islamischer Jurisprudenz, seien einige Namen von Gelehrten genannt, die im zwanzigsten Jahrhundert unter gemäßigten, freiheitlichen und egalitären Vorzeichen Koranauslegungen systematisiert haben: Unter ihnen befinden sich Al Tabari, Mohamad Abdu, Al-Afghani und Al-Tahtawi. Ihre reformerischen Interpretationen islamischer Glaubensinhalte finden sich gesammelt in A. Houranis Veröffentlichungen aus den Jahren 1983 bis 1993.

5.4 Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie

Zahlreiche Eigenschaften und Instrumente der Verhaltenstherapie lassen sich mit den Wesensmerkmalen muslimisch sozialisierter Patienten vereinbaren.

Die starke Betonung einer Leitung und engen Begleitung des Patienten in Konfliktsituationen, die zielgerichtete und umweltorientierte Ausgabe von Handlungsempfehlungen stehen im Einklang mit der islamischen Auffassung, lebensweltliche Ereignisse geschähen unter Einwirkung externer Kräfte.

Das verhaltenstherapeutische Instrumentarium aus Verträgen, Entspannung, Desensibilisierung und situativer Aussetzung steht grundsätzlich nicht in einem Spannungsverhältnis zur islamischen Lebensweise.

Auch in der Anwendung auf Kinder ist das muslimische Sozialisierungsmuster, das durch eine starke Orientierung an Zentralfiguren der Umwelt geprägt ist, ein zupass kommender Umstand für eine therapeutische Anknüpfung (Dwairy, 2006).

Allein, problematisch kann der Einsatz therapeutischer Techniken der kognitiven Behaviouristenschule werden, namentlich der Einsatz des sog. ‚*assertiveness trainings*‘, das zum Ziele hat, die Durchsetzungsfähigkeit des Patienten zu stärken.

Unter Berücksichtigung der in muslimischen Gesellschaften hoch geschätzten Charaktereigenschaft ‚*mosayara*‘, was als Vermengung von Milde, Bescheidenheit und Geselligkeit zu übersetzen ist, kann die Hervorhebung egozentrierter und wettbewerbsorientierter Merkmale zu neuen Reibungspunkten führen (Noor El-Deen, 2000).

Nicht minder bedeutsam ist die Rolle der Familie, die - als interdependentes Sozialgefüge im Falle muslimischer Tradition - als Parameter der innerpsychischen Konstitution muslimischer Patienten nicht ausgeblendet oder als zu überwindende Hürde angesehen werden darf. Emanzipation von scheinbar systematisch auftretenden Unterdrückungsmechanismen, wie sie zum Beispiel in der Familie vermutet werden könnten, bedeutet nicht zuletzt eine Kampfansage an kulturelles Erbe, das internalisiert den traditionell sozialisierten Muslim in seiner Wahrnehmung fundamental prägt.

Die Bedeutung der sog. „automatischen Gedanken“, die in der kognitiven Verhaltenstherapie so zentral sind, muss demnach unter Mitwirkung der Familie eruiert werden, um im Folgeprozess keine Konfrontation zwischen Patient und Familie herbeizuführen, was besonders bei jungen Patienten zu beachten ist (Dwairy, 2004a).

5.5 Psychoanalyse

Die Psychoanalyse als ein psychodynamischer Ansatz, der auf die innerpsychischen und unbewussten Kräfte rekurriert, ist in ihrer reinen Lehre nur bedingt auf die soziokulturelle Konstitution muslimischer Patienten anwendbar. Nicht zuletzt die Tatsache, dass der Einfluss externer sozialer Faktoren (allen voran der Familie) der Psychoanalyse zufolge auf die frühe

Kindheitsphase beschränkt ist, widerstrebt den bisher in dieser Arbeit ausgeführten Überlegungen im Umfeld der kollektivistischen Persönlichkeit.

Die ausschließliche Fokussierung intrapsychischer Vorgänge und die damit einhergehende Ausblendung familialer Rahmenbedingungen stellen eine Unzulänglichkeit dar, berücksichtigt man die Stellung des sozialen Umfeldes in der lebensweltlichen Wahrnehmung eines muslimisch sozialisierten Patienten.

Andere Techniken wie die freie Assoziation stellen den muslimischen Patienten vor ihm unbekannte Aufgaben, da nondirektive, kreativ - kognitive Leistungen in der muslimischen Erziehung nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Auch die zentrale Bedeutung sexueller Triebe und der Unterdrückung selbiger sowie ihre Bewusstwerdung können kontraproduktive Ergebnisse zeitigen (Dwairy, 1997c).

Die Psychoanalyse kann in ihrer konventionellen Form mit ihrem spezifischen Instrumentarium (Übertragung/ Gegenübertragung/ Widerstände, freie Assoziation usw.) und vorgeschriebenen Settings (passive Rolle des Therapeuten, kein Blickkontakt usw.) als eher verstörend, denn hilfreich auf Seiten des muslimischen Patienten empfunden werden.

Für die kulturspezifische Therapie mit Muslimen sind dagegen psychoanalytische Weiterentwicklungen interessant, die mit Namen wie Alfred Adler, Carl Jung und Paul Parin verbunden sind.

Adlers Akzentuierung interpersonalen Vorgänge und im Besonderen seine Ausführungen zu Geburtsordnung und Geschwisterrivalitäten bieten einen theoretischen Rahmen und ein terminologisches Fundament, auf dem kinder- und jugendpsychologische Beobachtungen in muslimischen Gemeinden fußen können (Adler, 1959).

Gleiches gilt für die Beiträge zum Konzept eines kollektiven Unbewussten (Jung, 1953, 1959). Seine Überlegungen geben Aufschluss über die dynamische Vermengung von individueller und kollektiver Psyche, die eine Abgrenzung der beiden Einheiten erschweren.

5.5.1 Ethnopsychanalyse und Ethnopsychiatrie

Frühestens seit Sigmund Freuds „Totem und Tabu“ aus dem Jahre 1912, aber spätestens seit den Veröffentlichungen der sog. Züricher Schule in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg darf man wohl von einer um ethnologische Konzepte erweiterten Psychoanalyse reden.

Während Freud in einer evolutionistischen Denktradition und vergleichend-spekulativen Methodik verharrte und somit Rezeption nur unter Vorbehalt innerhalb der ethnologischen Disziplin erfuhr (wenngleich nicht unbeachtet blieb), kristallisierte sich mit den Arbeiten um Paul Parin, Fritz Morgenthaler und Goldy Parin-Matthèy der Beginn der deutschsprachigen Ethnopsychanalyse heraus (Reichmayer, 2003).

Sie waren es, die den „Freudschen Systemzwang“ (Hauschild 1981, S.160), ausgehend von Urvater- und Ödipustheorie überwandten und letztlich auch auf psychologischem Felde die „Trennwand entlang der Achse zivilisiert/primitiv (...) wir/ nicht wir“ (Oppitz, 1993, S.151) einzureißen vermochten. Diese drei Psychoanalytiker unternahmen zwischen den Jahren 1954 und 1971 sechs ethnopsychanalytische Forschungsreisen. Das Substrat dieser Feldforschung war die erstmalig gelungene Anwendung Freudscher psychoanalytischer Methodik und Technik auf ethnologischem Terrain.

Im täglichen Umgang sollte herausgefunden werden, „ob bei Westafrikanern, die noch in Dorfverbänden und mit ihren Traditionen lebten, andere psychologische Gesetze gelten als bei uns.“ (Reichmayr, 2003).

Sie stellten so dem Über-Ich des Europäers das Clangewissen des beobachteten afrikanischen Pendants gegenüber, das weniger individuell, als vielmehr im sozialen Verbund seine Wirkung entfaltet. Hier bündeln sich Rollenzuweisung, Gemeinschaftszusammenhalt beziehungsweise Exklusion sowie konkrete verhaltenskonstituierende Normen, die sich in der Wahrnehmung von Besitzstand und Erwirtschaftung von materiellen Werten innerhalb des Clans manifestieren (Parin 1961, S. 158-1960).

Es handelte sich um eine Herauslösung der Disziplin der Psychoanalyse aus dem Bette der Medizinalisierung und Klinisierung. Sie sollte nunmehr eine neue Konnotation als ethnologische Forschungsmethode finden (Reichmayr 2003, S.106).

Die 1963 erschiene Studie „Die Weißen denken zuviel. Psychoanalytische Untersuchungen bei den Dogon in Westafrika“ dokumentiert fürderhin den ersten Versuch, die Psychoanalyse als eine Forschungsmethode auf eine außereuropäische traditionelle Kultur anzuwenden.

Die Zielgruppe - die Dogon - befand sich in Mali im Bergland von Bandiagara in der Niger-Schleife. Die geografische Lage führte zu einer weitestgehend von externen Einflüssen (z B. Islamisierung) unberührten jahrhundertelangen Existenz.

Die patrilinear und patrilokal organisierte sozial- und lebensräumliche Struktur der Dogon geht einher mit kollektiv organisierter Agrarwirtschaft und ausgeprägten Bezügen zu naturreligiösen Konzepten und Schöpfungsmythen.

So war es denn auch der „Sinn der Untersuchung (...), Afrikaner so zu uns sprechen zu lassen, wie sie selber fühlen und denken und sie dabei zu verstehen“ (Parin et al. 1993c, S.34).

Es wurde demnach das klassische psychoanalytische Repertoire eingesetzt, um dem methodisch ungünstigen Umweg einer theoretischen Modifikation zu entgehen, der - zumal ein neues Terrain betreten wurde - nur vonnöten gewesen wäre, wenn sich unvereinbare Antagonismen im Verlaufe der Studie offenbart hätten (Parin et al. 1993c, S.532).

Die Schweizer Analytiker resümierten die Gesprächsergebnisse mit Befunden, die „mit klinischer Normalität unvereinbar wären, wenn man sie bei Europäern antreffen würde“ (Parin 1967a, S.181), und konstatierten, „dass die Psychologie des abendländischen Menschen nur ein Spezialfall der Möglichkeiten beschreibt, wie das menschliche Seelenleben beschaffen sein kann“ (Parin et al. 1993c, S. 534).

Während obige Feststellungen nicht über abstrakte Schablonen hinausreichen, konkretisierte das Forscherteam nach weiteren

Untersuchungen beim Volk der Agni (Elfenbeinküste) im Jahre 1971 seine Überlegungen über die vorherrschende Psyche der beiden Gruppen dergestalt: „Der phasische Verlauf der Libidoentwicklung konnte unter ganz verschiedenen Erziehungsbräuchen, Tabuierungen und Stimulationsgewohnheiten beobachtet werden. Die Ich - Entwicklung bei den Dogon und bei den Agni führt zu bisher unbekanntem strukturellen Ausformungen, sodass sich die Beschreibung von typischen Organisationen der Abwehr, von Gruppen - Ich und Clangewissen ergeben hat. Es zeigt sich, dass Menschen anderer Völker die Möglichkeit haben, normale Liebes –und Sozialbeziehungen einzugehen, obwohl sich ihre präöedipalen Fixierungen und der Ausgang des ödipalen Konflikts vom abendländischen Muster sehr unterscheiden“ (Parin et al. 1971a, S.549).

Gerade jene Überlegungen zu „Gruppen – Ich“ und „Clangewissen“ sind im Zusammenhang mit den vorher skizzierten Charakteristika der kollektivistischen Persönlichkeit muslimisch sozialisierter Individuen zu verstehen und öffnen damit die individuumszentrierte Psychoanalyse für soziale Verbände.

Auf diesen Pionierbemühungen aufbauend entwickelte in der Folgezeit Maya Nadig ein modifiziertes psychoanalytisches Konzept zur Erforschung fremder Kulturen.

Ihr übergeordnetes Ziel war es dabei, sowohl ihren Forschungsprozess einsehbar zu dokumentieren als auch die Beziehung zwischen forschungsimmanenter Subjektivität und gesellschaftlicher Objektivität zu beleuchten.

Dabei war vorgesehen, das „Subjekt der Frau“ in einer fremden Kultur als *fait social total* (totale soziale Tatsache, H.R.) zu erforschen, indem Sinn und Funktion einer Institution in der Einwirkung selbiger auf ein individuelles Bewusstsein konturiert werden (Marcel Mauss, 1925; Lévi-Strauss 1950, S.21).

Für die empirische Suche nach dieser „totalen sozialen Tatsache“ bedeutet das „nicht nur, dass alles, was beobachtet wird, Teil der Beobachtung ist,

sondern auch und vor allem, dass... der Beobachter selbst ein Teil seiner Beobachtung ist (Lévi-Strauss 1950, S.21).

Eingedenk der methodisch unzulänglichen Bemühungen der zuvor genannten Schweizer Ethnologen hegte Maya Nadig die Hoffnung, mittels psychoanalytischer Techniken das „Phänomen der Frau“ innerhalb der Schnittmenge aller gesellschaftlichen Teilmengen (Ökonomie, Biologie, Religion, Psychologie, Politik, etc.) zu erfassen (Nadig 1997, S.35-38).

Obschon sie sich bei ihrer Studie der Erkenntnisse Parins et al. bedient, ändert sie die Vorgehensweise ab, indem sie einen dreistufigen Forschungsprozess entwirft, der sukzessive aus 1) der „ethnopschoanalytischen Begleitung“, 2) der „ethnopschoanalytischen Beziehung“ und 3) der „tiefenhermeneutischen Textinterpretationsmethode“ besteht.

In einem ersten Schritt wird eine Fülle von Daten gesammelt, die sich vorwiegend aus Eindrücken, Erfahrungen und Erlebnissen während der Phase der teilnehmenden Beobachtung speist. Hier sind es die „ideosynkratischen, persönlichen Relationen (Ängste, Konflikte, Sexualität, Anziehung, institutionelle Identifikation) und deren Abwehr (Projektion, Idealisierung, Verleugnung, Entwertung etc.)“, die in Tagebuchform dokumentiert werden, um schließlich unter Supervision von Kolleginnen und Kollegen bearbeitet zu werden.

Diese Form der subjektiven Spiegelung kommt innerhalb des psychoanalytischen Repertoires dem Instrument der Gegenübertragung gleich, das schon George Devereux als unerlässlich ansah, der unterstellt, dass selbst „das logischste Denksystem und wissenschaftlichste Gedankensystem (...) seine subjektive Bedeutung für das Unbewusste der Person (hat, H.R.), die es entwickelt oder annimmt“ (Devereux 1967, S.41).

Somit werden die Irritationen und Verunsicherungen im Terrain zu Indikatoren der subtilen Machtverhältnisse in der Umwelt, obgleich diese im Beobachtungsgeschehen implizite Berücksichtigung der Subjektivität des Forschers jeglichen Egozentrismus hinsichtlich des Forschungsziels ausschließen soll (Nadig, 1997).

Unweigerliche Folge dieses selbstreflektierenden Involvierens in die immanenten sozialen Prozesse einer fremden Kultur ist schließlich die Erschütterung der Rollensysteme auf beiden Seiten (Beobachter und Beobachtete), der Zerfall von Rollenidentifikationen (die durch Klassen-, Kultur- und Geschlechtsspezifität getragen werden) und das „soziale Sterben“ des Ethnologen. Erdheim und Nadig betrachten diesen sozialen Tod als notwendigen Status, um die wahrnehmungsverzerrenden Rollenfixierungen (in diesem Fall die reiche Weiße, die Kommunistin, die Regierungsspionin einerseits und die Opfer der Entwicklungspolitik, des Rassismus etc. auf der anderen Seite) aufzulösen und die Begegnung von Subjekten und weniger von Rollenträgern zu ermöglichen (Erdheim & Nadig, 1979, S.122; Nadig, 1997, S. 44).

In der zweiten Etappe der Feldforschung - der Herstellung einer psychoanalytischen Beziehung - zeigt sich insofern deutlich der Unterschied zu den Studien Parins et al. insofern, als Maya Nadig an dieser Stelle mit dem Verweis auf die Gefahr einer systematischen Fehlinterpretation auf ein psychoanalytisches Setting verzichtet.

Sie geht damit bezüglich der Rezeption klassischer psychoanalytischer Konzepte noch einen Schritt weiter als z. B. Kardiner und Preble, die ihrerseits der Psychoanalyse eine kulturellrelativistische Wesenseigenschaft unterstellen, welche durch die Gebundenheit „an das wissenschaftliche Interesse am Menschen und seiner Kultur im 19. Jahrhundert“ (Kardiner & Preble, 1974, S.263) nur unter Vorbehalt theoretische Validität für sich beanspruchen kann. Lediglich die Technik könne Anwendung bei der Untersuchung fremder Gegenwartskulturen finden.

Diese Technik wird schließlich bei Nadig noch einmal bereinigt, worunter das typisch psychoanalytische Setting fällt.

Der Umstand, das Gespräch von Deutungsversuchen freizumachen, nimmt der Begegnung implizit jegliche therapeutische Konnotation, wodurch sie ihre Dynamik durch die kulturelle Unterschiedlichkeit erhält, eine Unterschiedlichkeit, die durch Bewusstwerdung und Ausdruck in Form von

Widerständen auf beiden Seiten als Stimulus des analytischen Prozesses fungiert (vgl. Erdheim, 1982, S.34).

Charakteristisch für Nadigs Gesprächsführung ist der Einsatz konfrontativer Fragen und spiegelnder Feststellungen, die „unter Einbezug der realen, sozialen und subjektiven Konflikte der Gesprächspartnerin“ gestellt und geäußert werden (Nadig, 1997, S.52). Möglicherweise latent vorhandene Konfliktthemen werden auf diese Weise entschärft und „auf einer direkteren, weniger plakativen Ebene“ erörtert (Nadig, 1991a, S. 224).

Die Gespräche mit den fünf Frauen verortet Maya Nadig - stellen sie in der Summe doch eine Lebensdarstellung dar - auf vier verschiedenen Ebenen, von denen sie drei Ronald Greles methodologischem Konzept entlehnt (Grele, 1980, S. 143 ff.). Demnach findet eine autobiographische Schilderung erstens auf der sprachlich - semantischen Ebene statt, zweitens auf der interaktionellen zwischen Interviewtem und Interviewer sowie drittens auf einer imaginären Ebene, die sich aus dem Interviewten und seiner ihn umgebenden Umwelt zusammensetzt und auf der kulturabhängig normierte Werte und Konventionen ihren Platz finden. Nadig fügt noch eine vierte Ebene hinzu, auf der sich eine Beziehung zwischen Interviewtem und seinem Selbstentwurf vollzieht. In Letzterem überschneiden sich Gegenwart und Zukunft, Selbstreflektion und der Wunsch zur Veränderung (Nadig, 1997).

Bei der Auswertung der Gespräche bedient sich Nadig im Wesentlichen der Konzeptionen von A. Lorenzer, denen zufolge auch trotz der Festigkeit des Textes (in Bezug auf Assoziation und Übertragung) analytische Bemühungen fruchten, indem sie im Text verborgene Sinnstruktur aufdecken und sowohl manifesten Sinngehalt als auch latenten Sinn herauschälen (Lorenzer, 1982). Auf diese Weise wird versucht, die Lebensgeschichten in ihrem sozialen Kontext zu positionieren und nachzuvollziehen. Es treffen sich demnach Subjektivität des Individuums, soziale Mechanismen und unbewusste Funktionsweisen der jeweiligen Kultur im Laufe der Selbstdarstellung (Reichmayer, 2003).

Nadigs Ansätze vor allem hinsichtlich der Gesprächsinszenierung haben nachhaltige Wirkung entfaltet, sie dienen gegenwärtig verschiedenen

psychosozialen Einrichtungen mit multikultureller Klientel (z.B. die Berliner Charité) als kommunikatives Instrumentarium.

Damit soll der Bogen zu den bis in die Gegenwart hineinreichenden und insofern für die Arbeit interessanten Schlussfolgerungen dieser Entstehungsgeschichte gespannt werden.

Die Ethnopschoanalyse hat schließlich nicht nur in ihrer Funktion als ethnologisches Methodiknovum ihre Praktikabilität unter Beweis gestellt, sie hat auch introspektiv ihre Mutterdisziplin - die Psychoanalyse - für das Element der Interkulturalität geöffnet.

Wendet man sich der konkreten psychoanalytischen Behandlung muslimischer Patienten in Deutschland zu, so findet sich eine angepasste analytische Technik, die sich aus Stammtheoriesträngen und diversen Erweiterungen zusammensetzt.

So spielen die Lehre des Unbewussten, die ödipale Relation (umso mehr angesichts des ausgeprägten Über-Ichs in Gestalt des Patriarchen) und die Traumdeutung für die meisten Analytiker eine ungebrochen zentrale Rolle bei ihrer Arbeit.

Gehad Mazarweh hebt die in den muslimischen Migrantenbiographien einschneidenden Kulturbrüche hervor, die sich aus der heimatlichen Gruppenidentität in Form von Clans und Sippen und der hiesigen säkularen, individualistischen Lebensweise ergeben und entdeckt an dieser Stelle den zentralen Ansatzpunkt für therapeutisches Einwirken (Mazarweh, 2006).

Gleichwohl gesteht Mazarweh die Grenzen psychoanalytischer Behandlungskonzepte bei spezifischen Patientenprofilen ein. Darunter befinden sich schwer traumatisierte Patienten und strenggläubige Frauen, die vor allem gegenüber einem männlichen, muslimischen Therapeuten hohen Tabuisierungsgraden ausgesetzt sind und aus Sozialisierungsgründen zu befangen wären, als dass eine Therapie die nötige Offenheit herstellen könnte.

Insofern bleibt der Ethnopschoanalyse die Funktion einer ethnologischen Methode zur Beleuchtung von CBS vorbehalten.

Nicht unbeachtet dürfen dabei - neben den intradisziplinären Stimuli - dabei die Einflussgrößen von außen bleiben. Dazu gehören die neuen „gesellschaftlichen Konflikt- und Problemkonstellationen“ bedingt durch die Globalisierung in Gestalt zunehmender freiwilliger Mobilität (Migration) bzw. in Gestalt zunehmender unfreiwilliger Mobilität (Flucht und Asylsuche gleichermaßen); (Reichmayr 2003, S.243). Gerade die Einrichtungen, die sich den Betroffenen letzteren Phänomens widmeten und widmen, waren und sind Keimzellen der Erweiterung psychotherapeutischer Praxis um interkulturelle Elemente.

In der Begegnung mit Exilanten, deren Symptomatik (allen voran die der Traumapathologie) die orthodoxen Heilverfahren an ihre Grenzen stoßen lässt, offenbart sich die Notwendigkeit einer ethno- und kultursensiblen Behandlung.

Eine Vielzahl von Veröffentlichungen aus unterschiedlichsten Stoßrichtungen bemüht sich um eine Konvergenz von ethnologisch angereicherten Fachrichtungen, die sich in Medizin, Soziologie und Psychologie gleichermaßen auffächern lassen (Moser et al., 2001; Verwey, 2001; Bell et al., 2002; Ottomeyer & Peltzer, 2002; Kronsteiner 2003).

Für die Psychoanalyse gilt in diesem Zusammenhang der Ausblick Peter Möhrings und Roland Apsels, die in ihrem 1995 erschienenen Sammelband „Interkulturelle psychoanalytische Therapie“ die Rolle der Psychoanalyse bei der Entstehung einer interkulturellen Psychotherapie als grundsätzlich ausbaufähig beschreiben, handele es sich doch bei einer um ethnologische Konzepte erweiterten Psychoanalyse um eine Schule, die „über die theoretische Breite (verfügt, H.R.), die eine angemessene Würdigung der Bedeutung der Kultur für die Persönlichkeitsentwicklung in ihren bewussten und unbewussten Phasen erlaubt“ (Möhring & Apsel 1995, S.7).

5.5.2 Die gegenwärtige ethnopsychoanalytische Therapiepraxis in Frankreich

Es sind vor allem die besonderen sozialstrukturellen Rahmenbedingungen, namentlich die Einwanderungsmuster, die in Frankreich einen Sonderweg hervorbrachten.

Die koloniale Vorgeschichte bedingte und bedingt noch heute einen Zuzug von Immigranten aus Nord- und Westafrika. Die 1970er Jahre (Ende des Algerienkrieges) sahen zudem eine Intensivierung dieser Wanderungsbewegung – vor allem aus dem Maghreb. Dadurch zeigt sich in Frankreich somit eine vom Rest Europas abweichende Immigrationsdemographie.

Das hierdurch verstärkt aufkommende Interesse an interkulturellen Therapieformaten fand seine fachliche Entsprechung im Wesentlichen in Gestalt der Arbeiten von dem gleichsam in Ethnologie wie Psychoanalyse geschulten George Devereux, der im Jahre 1972 mit seinem Schlüsselwerk *Ethnopsychanalyse complémentaire* Pionierarbeit leistete.

Auf dem von Devereux als Ethnopsychiatrie betitelten Pfad folgte ihm Tobie Nathan, der Devereux Bemühungen um eine Kompatibilität von ethnologischen und psychologischen Herangehensweisen für die Psychotherapie praktikabel zu konsolidieren suchte.

Seine statische Definition von Kultur als konstituiert durch ausschließlich verbale Kommunikationsfähigkeit blieb hingegen nicht ohne Widerspruch seitens seiner Kollegen (Benz, 1997; Fassin, 2000).

Nichtsdestoweniger darf sein interdisziplinärer Ansatz, wie er am Centre Georges Devereux der Université Paris VIII praktiziert wird, als eine Bereicherung der gegenwärtigen ethnopsychoanalytischen Aktivitäten innerhalb der therapeutischen Praxis betrachtet werden.

Parallel zu den viel beachteten Entwicklungen am Centre George Devereux entstanden an anderer Stelle nicht minder viel versprechende Ansätze. Gesine Sturm, unter anderem Gründungsmitglied des Bremer Instituts für Kulturforschung und mit der psychosozialen Versorgungslandschaft Frankreichs wie Deutschlands gleichermaßen vertraut, führt hier Bordeaux,

Marseille und Paris (Avicenna, iranian philosopher, physician, mathematician and astronomer) an und verweist auf die Bemühungen der dortigen psychotherapeutischen Fachzirkel, „die transkulturelle Psychotherapiepraxis weiterzuentwickeln“, und zwar dergestalt, dass die Ideen von Devereux und Nathan nicht ohne Ergänzung und Fortschreibung bleiben (Sturm, 2001, S.219)

Exemplarisch sei hier die Arbeit von Marie Rose Moro vorgestellt, die trotz einer sehr sporadischen deutschsprachigen Publikationsdichte nicht ohne Einfluss auch jenseits der französischen Grenzen blieb.

Methodische Neuerung Moros ist dabei (und insofern setzt sie sich von Nathan ab) die „Ausbildung von Verbindungen zwischen den unterschiedlichen kulturellen Bezügen der Patientinnen“ (...), „ohne dabei ihr Erleben auf einen unterstellten kulturellen Hintergrund zu reduzieren“ (Sturm, 2001, S.220).

Hierdurch eröffnet sich eine „Vielperspektivität“, die gemeinsam mit dem „Dialog über kulturelle Repräsentationen“ die Dynamik der Therapie nährt (Reichmayer, 2003, S.251).

Einer der Schlüsselbegriffe Moros ist dabei derjenige der „Dezentrierung“. Er beschreibt den Vorgang – seitens des Psychotherapeuten -, sich in nicht-eigene Wahrnehmungsmuster einzufühlen, „ohne dabei in Versuchung zu geraten, das Fremde ...vorschnell auf Bekanntes zurückzuführen“ (Moro, 2002a).

Jenseits des Vorwurfs der Übertragbarkeit von psychologischen Erkenntnissen westlicher Prägung auf Menschen mit nicht-westlichem Hintergründen vollzieht sich die Therapie bei Moro innerhalb eines kulturverstehenden Rahmens, der „spezifische Denkweisen, Normalitätsvorstellungen und Handlungsschemata, auf die sich die Patienten bezieht,“ einfasst und schließlich den Zugang zu den „innerpsychischen Prozessen“ gewährleistet (Sturm, 2001, S.221).

Organisatorisch ähnelt das Setting Moros dem des am Centre George Devereux angewandten: Ein multikulturelles (dem Patienten entsprechendes), multidisziplinäres Team (bis zu 15 Personen) behandelt

meist im Zweimonatstakt in zweistündigen Sitzungen, abwechselnd unter aktiver Einbindung der Familie des Patienten und in integrativen Einzelsitzungen.

5.6 Familientherapie

Die Behandlung eines Muslims, der sich in einem konfliktiven Verhältnis mit seiner Familie befindet, kann sich unter Umständen als brisante Aufgabe erweisen, da auf Seiten des Therapeuten die Empfehlung zur Emanzipation und Loslösung des Patienten von seinem familiären Verband aufkommen mag. Die Autorität mitsamt ihren subtilen Unterdrückungsmechanismen kann vom Therapeuten als zentraler Störfaktor wahrgenommen werden, dessen Beseitigung die psychosoziale Lebensqualität des Patienten unmittelbar zum Besseren wenden würde (Dwairy, 2006).

Vor diesem Hintergrund geben nicht wenige auf dem Gebiet der kulturvergleichenden Psychologie forschende Autoren zu bedenken, dass die therapieinduzierte Kampfansage an die Familienzwänge zu noch schwerwiegenderen Folgen führen kann als eine im Rahmen des familialen Gefüges erwirkte Veränderung interpersonaler Beziehungen (Fisek/Kagitcibasi, 1999).

Zentrale Bedeutung kommt dabei der Einbindung des Vaters zu, der gemäß der patriarchalischen Grundierung des familialen Wesens über den größten Einflussradius verfügt.

Die direkte Wertschätzung gegenüber dem Familienvater oder Ehemann, welche sich einmal entschieden haben, eine therapeutische Praxis aufzusuchen, ist daher der erste Schritt in einem vertrauensbildenden Prozess zwischen Therapeut und muslimischem Mann, der den stigmatisierenden Konventionen unterliegt und ferner meist die ökonomischen Kosten einer psychosozialen Behandlung trägt.

Die Betonung seiner unabdingbaren Hilfe bei der Besserung des betroffenen Familienmitgliedes und seiner zentralen Rolle innerhalb der Familie sollen im Anschluss die Notwendigkeit seiner Partizipation am Behandlungsprozess eindringlich offen legen.

Handelt es sich um den Mann selbst, der als Aggressor (sei es auf psychologischer oder physischer Ebene) gegenüber seiner Frau oder seinen Kindern auftritt, kann es als opportun erscheinen, ihm mit einer kulturell und religiös fundierten Argumentation zu begegnen. Erneut sei an dieser Stelle auf Koranpassagen verwiesen, die eine milde und versöhnliche Haltung im Umgang mit Frau und Kindern vorschreiben (Al-Kahf #46, Al-Umran #133, 134).

Im Falle einer grundsätzlich ablehnenden Attitüde gegenüber Ratschlägen und Handlungsempfehlungen bietet es sich an, das islamische Gebot zum Ersuchen von Rat anzuführen, das sich im arabischen shura kristallisiert (Shura #38).

Diese Vorgehensweise erlaubt es, die psychosozialen Notlagen innerhalb des bestehenden islamischen Wertesystems anzugehen, ohne fundamentale Erschütterungen auszulösen, die sich im sozialen Handeln der Betroffenen negativ reproduzieren würden (Abu-Baker & Dwairy, 2003).

5.7 Paartherapie und sexualitätsnahe Konfliktfelder

Die besondere Schwierigkeit paarorientierter psychischer Behandlung liegt in der traditionell verankerten Statusungleichheit zwischen Mann und Frau.

Paartherapien sollten daher erst dann eingeleitet werden, wenn zuvor eine Einzeltherapie mit beiden Partnern durchgeführt wurde (Dwairy, 2006). Die erste Aufgabe ist es dabei, vor allem auf Seiten des Mannes ein ausreichend ausgeprägten Grad an Sensibilisierung gegenüber den Bedürfnissen seiner Frau hervorzurufen. Darunter fallen in vielen Fällen nicht nur die großen Themen wie Selbstbestimmung und Emanzipation, sondern häufig sehr

konkrete, wie die vom Ehemann auferlegte Einschränkung der Frau im Einsatz ökonomischer Mittel und in ihrer Außerhaus-Mobilität.

Nicht zu unterschätzen sind während einer Paartherapie (aber nicht ausschließlich in diesem Zusammenhang) die Ängste, die auf Seiten des Mannes vorherrschen, bestehend aus Gesichtsverlust, Familienbeschmutzung, Traditionsbruch und Islamunkonformität sowie im Falle einer weiblichen Therapeutin die Hemmung, vor allem sexualitätsnahe Themen zu problematisieren.

Die als traditionelle muslimische Sozialisation zu verstehende Auffassung, Frauen seien in erster Linie dem Manne unterstellt, führt nicht selten dazu, dass die in der Therapie aufkommenden Überlegungen zur Selbstbestimmtheit der Ehefrau für den Mann eine völlig neue Perspektive darstellen.

Hinsichtlich des partnerschaftlichen Sexuallebens zeigt sich zum Beispiel, dass sowohl Tradition als auch Islam die Beschreibung gewaltsamen Sexualverkehrs als Vergewaltigung oder Missbrauch untersagen. Gleichzeitig findet sich ein Ansatzpunkt, dieses Verhalten kultursensibel zu ahnden und zu ändern, indem auf Mohammed selbst verwiesen wird, der erzwungene sexuelle Handlungen verurteilte (Dwairy, 2006).

6. Praktische Umsetzung interkultureller Konzepte im klinisch-therapeutischen Kontext

6.1 Interkulturalität und Transkulturalität in der Pflege und der Seniorenbetreuung

Die deutschsprachige Pflegewissenschaft hat erst in jüngster Zeit die Notwendigkeit einer Integration von kultursensiblen Instrumentarien für sich entdeckt (Uzarewicz & Piechotta, 1997, S.8).

Als kulturelles Teilsystem mit seinen eigenen Normen, Sprach- und Handlungsmustern stellt das deutsche Gesundheitssystem für den Patienten mit ausländischem Hintergrund einen Ort voller Barrieren und Unzugänglichkeiten dar.

In Gestalt von Krankenschwester und -pfleger, Hebamme und Arzt, Physiotherapeut und Laborpersonal treten alltagserprobte Akteure dieses Systems, ausgestattet mit ihren binnenkulturellen Erfahrungen, in direkten Kontakt mit den Fremden: ein Alltag, der in zunehmendem Maße durch multiethnische und multikulturelle Erfahrungen geprägt ist (Greifeld, 1995).

Mittels Lesart einer Kostenrechnung sind die Unzulänglichkeiten des kulturunsensiblen Pflegebetriebs folgendermaßen zu beziffern: Neben verschwendeter Arbeitszeit des Personals und der Vergeudung von Testverfahren, Behandlung sowie Medikation und schließlich einer sich einstellenden Frustration auf Seiten des Personals bei ausbleibender Besserung des Zustandes des Patienten treten auf Seiten des letzteren unbehandelte, weil unzureichend vermittelbare Krankheitszustände, „ansteigende perinatale Morbidität und Mortalität“ sowie die emotionalen Begleiterscheinungen, bestehend aus Angst, Hoffnungslosigkeit, Frustration und Ärger, auf (Zielke-Nadkarni, 1997, S.103).

Wehkamp bezieht aphoristisch den Aspekt der Körperlichkeit mit ein, wenn er konstatiert, dass „das andere Empfinden der eigenen Körperlichkeit (des ausländischen Patienten, H.R.) ... sich nicht mit Begrifflichkeit und Arbeitsweise der hiesigen Medizin trifft“ (Wehkamp, 1990, S.7).

Dabei spielen Scham und Befangenheit eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Eriksons Definition der Scham ist an dieser Stelle aufschlussreich, indem Scham als ein Gefühl bezeichnet wird, „dass immer dann auftritt, wenn man glaubt exponiert zu sein, sich beobachtet fühlt, unsicher und befangen ist. Man fühlt sich den Blicken der Welt höchst unvorbereitet ausgesetzt“ (Erikson, 1966).

Detailliert und konkret zeigt sich die multiethnische Wirklichkeit am Beispiel einer Erhebung im Neuköllner Krankenhaus aus dem Jahre 1995, in dem sich die Patientenschaft jener Zeit aus 90 verschiedenen Nationen zusammensetzte (mit einem Ausländeranteil von 13,1% an der Gesamtzahl der Patienten). Über 70% der ausländischen Patienten weisen dabei eine muslimische Konfession auf. Damit entspricht das Neuköllner Krankenhaus gegenwärtig den typischen Verhältnissen an deutschen großstädtischen Spitälern (Kollak & Küpper, 1996, S.119).

Kollak und Küpper illustrieren in ihren qualitativen Erhebungen eingehend das Zusammentreffen des (z. T. ebenfalls ausländischen) Pflegepersonals mit Patienten transnationalen Hintergrundes, zeigen den Einstellungswandel der Pfleger bezüglich ihrer ausländischen Klientel und reflektieren ihre Profession im Kontext interkultureller Begegnung. Die Reibungspunkte sind dabei in der Pflegepraxis nur unwesentlich anders geartet: innerfamiliäre Machtkonfigurationen zwischen Mann und Frau, das Phänomen der „öffentlichen Gesellschaft“ bei türkischen Familien, Körperlichkeit, Scham, Generationskonflikte, religiöse Symbolik und Praxis sowie Hygiene (s. o.).

Aus den Schilderungen des Pflegepersonals leiten Kollak und Küpper die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung unter interkulturellen Prämissen ab und formulieren einen Katalog an Maximen, der weit über die Übersetzung von Wegweisern, Broschüren und Formularen hinausragt. Dabei soll verhindert werden, dass das Fremde in der Pflegepraxis eine spezifische Pflege erhält. Er soll in seiner Eigenschaft als Fremder vielmehr dem Pflegenden dazu verhelfen, einen ethnologischen Blickwinkel einzunehmen, der, systematisch angewandt, zu einem erweiterten Pflegeverständnis für alle Patienten führen kann (Kollak & Küpper 1996, S.129).

Zielke-Nadarni folgert mit den gleichen Schlüssen, wenn er „die Wahrnehmung und Bewusstmachung der eigenkulturellen Norm- und Werthaltungen, die pflegerische Vorstellungen und Interventionen dominieren,“ als Ziele einer interkulturell orientierten Pflege ansieht. Dieser Gedanke pflanzt sich in seiner Forderung nach Hinterfragen und Umgestaltung der bisher vorherrschenden professionellen Formen des Umgangs mit ausländischen Patienten und Kollegen fort und übersetzt sich konkret in der Pflegepraxis als „Öffnung für andere Pflegekonzepte, -erwartungen und -praktiken“ (Zielke-Nadarni, 1996, S.103).

Einrichtungen, in denen diese Handlungsempfehlungen bereits praxisnahe Entsprechungen gefunden haben, finden sich beispielhaft im Raum Wien, wo die meisten Spitäler seit den 1970er Jahren gemäß ihrer Patientenschaft gezielt ausländisches Personal anwerben und transkulturelle Pflege als eigenen Baustein in der pflegerischen Ausbildung betrachten. Ausschnitte daraus heben beispielsweise auf die allgemeine psychosoziale Lebenssituation der Migranten, volksmedizinische Krankheitskonzepte, Körperwahrnehmung und Schmerzäußerung oder religiöse Aspekte, wie die rituelle Reinigung oder Nahrungsvorschriften ab (Binder-Fritz, 1996, S.139). Ein eigenes Kapitel in diesem Curriculum widmet sich darüber hinaus der islamischen Lebenswelt und darin insbesondere den Frauen.

Die weiter unten gesondert vorgestellte Bertha-Klinik zu Hannover will dazu ein detailliertes Portrait vermitteln.

Mittlerweile engagieren sich diverse Arbeitsgruppen in der Bereicherung der Pflege von Migranten, insbesondere der älterer. So sind bereits einige praxisnahe Checklisten erschienen, die sich direkt an Pflegeeinrichtungen richten, um entsprechende Implementationsvorschläge zu unterbreiten.

Es zeichnet sich hier also eine Bewusstseinsweckung ab, die dem wachsenden Bedarf (erwachsend aus der demographischen Entwicklung) Rechnung zu tragen sucht.

6.2 Einrichtungen kultursensibler psychosozialer Versorgung

6.2.1 Das Centre George Devereux in Paris

Im Jahre 1993 wurde an der Université Paris VIII das Centre George Devereux eingeweiht, das als erstes seiner Art ethnopsychiatrische Behandlung sowie transkulturelle psychopathologische Forschung betreibt.

Forschung auf klinisch-psychologischem Feld, Behandlung von Migranten und die Ausbildung von Nachwuchskräften gehen hier Hand in Hand.

Die therapeutische Praxis stellt sich dabei zuvorderst als ein pluri –und interdisziplinärer Vorgang dar, an dem in der Regel bis zu zehn unterschiedliche Fachkräfte teilhaben, angefangen bei den Sozialarbeitern, über Anthropologen, Ethnologen, Linguisten bis zu psychologischen Fachkräften. Besonderes Merkmal ist fürderhin, dass mindestens eine Fachkraft innerhalb des Teams die Sprache des Patienten spricht und mit dessen lokalen soziokulturellen Mustern vertraut ist. Letztgenannte schließen Krankheitsverständnis, Schmerzausdruck, Erklärungsherleitungen und Heilverfahren ein.

Im Dialog und unter Einbeziehung der Familien wird so nach einer individuellen, aber kulturgerechten Heilkonzeption gesucht.

Theoretische Ausgangskonzepte sind dabei aus der psychoanalytischen Schule entlehnt.

6.2.2 Die Ethnopsychiatrische Ambulanz am Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision (ZIPP) der Charité Berlin

Im Zuge seines einjährigen Bestehens unternahm das ZIPP der Charité Berlin im Jahre 2003 einen ersten Versuch, Bilanz zu ziehen.

Es wurde gegründet aus der Einsicht in die Notwendigkeit einer kultursensiblen Behandlung von Patienten mit migratorischem Hintergrund.

Die Arbeit am ZIPP basiert im Wesentlichen auf der „Ansicht, dass die

Missachtung kulturell differenter Traditionen und Vorstellungen häufig zu Fehldiagnosen und Pathologisierungen in der psychiatrischen Diagnostik führen kann“ (Kassim & Heinz & Wohlfahrt, 2004).

Die personelle Zusammensetzung der Behandelnden ist hier ebenso interdisziplinär wie multikulturell. Dolmetscher, Ethnologen, Pädagogen und psychologische Fachkräfte haben demnach zu einem Gutteil denjenigen ethnischen bzw. religiösen Hintergrund, den auch die Patientengruppen mitbringen (Lindert, 2008).

Weitaus größte (religiöse) Zielgruppe ist mit 60% dabei die muslimische Gemeinde, die sich länderspezifisch aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei (jeweils 20%), arabischen Ländern (15%) und Iran (5%) speist.

Damit spiegelt sich hier die migrationsspezifische Sozialstruktur Deutschlands und im Einzelnen der Region Berlin - Brandenburg wider.

Theoretische Grundlagen schöpft das ZIPP aus der Ethnopschoanalyse.

Die für das ZIPP maßgeblichen Konzeptionen (allen voran Parin, 1978; Nadig, 1986; Reichmayr, 1995) siehe Kap. 5.5.

Ferner ist das Bemühen um Integration freier Träger psychosozialer Versorgung sowie der Regelversorgung in die eigene Betreuungspalette charakteristisch für die dortige Arbeit.

Die Hälfte aller Zuweisungsaufträge (die zu 40% aus ambulanten Beratungsstellen, von Ärzten und Krankenhäuser erteilt wurden) beziehen sich dabei auf psychotherapeutische Dienste.

Die Rate von 10 Anfragen an das ZIPP aus Berlin und Umland pro Woche, die sich nach einer kurzen Phase der Öffentlichkeitsarbeit einstellte, legt dabei den Schluss nahe, dass sich hier eine Versorgungslücke zu schließen beginnt.

Die mit 60% vorherrschende Diagnose lautet fürderhin „Anpassungs- und Belastungsstörungen“.

Des Weiteren vermuten die Autoren eine Resignation bei den ihnen vorgeschalteten Behandlern. Sie können die in der Literatur geschilderte hohe Abbrecherquote nicht bestätigen (Kassim et al., 2004).

Nicht nur an dieser Stelle zeigen sich die Autoren von ihrem kultursensiblen

Ansatz überzeugt, sondern auch bei der Diagnostik: Verwiesen wird zudem auf ein Diagnosespektrum, begleitet von einer „äußerst variationsreichen Symptomatik, die zuvor oft falsch eingeschätzt wurde“ (Kassim et al. 2004, S.19).

6.2.3 Die Bertaklinik zu Hannover

Am 1. November 2004 öffnete in Hannover eine Station ihre Türen, die in ihrer bestehenden Form ein Novum in Deutschland darstellte. Zum ersten Mal wurde eine islamsensible klinische Station aus der Taufe gehoben, die auch in ihrer Entstehungsgeschichte beispielhaft war: An diesem Konzept waren niedergelassene türkische Ärzte der Stadt genauso beteiligt wie Wissenschaftler der Medizinischen Hochschule und des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover.

Patienten werden auf den Gebieten Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin und Urologie behandelt. Eine türkische Assistenzärztin und zwei türkische Krankenschwestern behandeln, für 23 Betten zuständig, überwiegend türkische Patienten unter Rücksichtnahme auf islamische Gebote.

Sprachbarrieren, kulturspezifische Krankheitsverständnisse, Bet- und Ernährungsvorschriften, Einbindung der Familie in die Pflege usf. erfahren auf diese Weise erstmals konzeptuell und systematisch in der Regelversorgung Berücksichtigung. Die Einrichtung folgt damit einer Entwicklung hin zu einer stärkeren Berücksichtigung interkultureller Anforderungen, wie sie z.B. in der Allgemeinen Klinik zu Wien bereits seit einem Jahrzehnt existieren.

6.3 Die Sonnenberger Leitlinien

Oben genannter Befund weist auf die Einsicht in die Dringlichkeit des Bedarfs an ethnospezifischen Gesundheitsdiensten hin. Zentrales Element einer

multikulturellen Versorgung muss mithin die Überbrückung von Verständigungsschwierigkeiten sein.

Das gilt in besonderem Maße für die Psychotherapie. Sie lebt vom verständigen Austausch zweier Individuen. Hier gilt es Vertrauen aufzubauen und eine intime Atmosphäre zu schaffen. Verbale Kommunikation ist hierzu eine unerlässliche Voraussetzung.

Doch bevor der Patient in der therapeutischen Maßnahme seinen Platz findet, müssen kommunikative Barrieren an anderer Stelle ausgeräumt werden.

In erster Linie gilt das für die migrationsspezifischen Informationsdefizite, die mit den unzureichenden Sprachkenntnissen Hand in Hand gehen. Dolmetscherdienste sind im Gesundheitswesen lediglich vereinzelt anzutreffen und für die analphabetischen Zuwanderer konstatierte das Deutsche Ärzteblatt 2004 einen nicht minder desolaten Zustand und verweist mahnend auf die Niederlande, wo audio-visuelle Medien didaktisch eingesetzt werden, um den Wissensstand der Einwanderer hinsichtlich des Gesundheitssystems, der Versorgungseinrichtungen oder gar der Gesundheit selbst zu erweitern.

Doch mit der Vielseitigkeit des Gesundheitswesens steigt auch der Bedarf an Klärung der Komplexität, Anpassung der Instrumente und Vereinfachung des Zugangs für diejenigen, die mit schlechteren Startbedingungen auf dieses System treffen. Das sind in erster Linie Flüchtlinge und Asylbewerber, aber auch Einwanderer der ersten und -in überraschend hohem Maße - der zweiten Generation.

Dieser Handlungsbedarf wird zunehmend eingestanden und in nationale Initiative umgemünzt. So trafen sich 2002 in St. Andreas die führenden Fachgesellschaften Deutschlands, darunter die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Deutsch - Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (DTGPP). Diese Fachtagung organisierten die Abteilung „Sozialpsychiatrie und Psychotherapie“ der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und das Ethno - Medizinische Zentrum e.V in Hannover. Als

konsensuell vorgebrachtes und handlungsorientiertes Substrat wurden die sog. 12 Sonnenberger Leitlinien formuliert, aus denen vier an dieser Stelle relevant erscheinende Forderungen angeführt werden sollen.

- „Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz (...)

- Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscherinnen und -dolmetscher als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren "Face-to-Face" oder als Telefondolmetscherinnen und -dolmetscher (...)

- Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Allgemeinärztinnen und -ärzte.

- Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen“ (Auszug aus den 12 Sonnenberger Leitlinien, St.Andreas, 2002).

Allen vorgestellten Postulaten ist dabei gemein, dass sie die monokulturelle Ära der Psychotherapie für beendet erklären und transkulturelle Praktiken ins Auge fassen, mit besonderer Betonung der anzustrebenden multilingualen Kompetenz des Systems, die als *conditio sine qua non* in der psychischen Behandlung von Migranten unterstrichen wird (Peseschkian, 1999).

Die Umsetzung der oben genannten Vorschläge würde einen spürbaren Fortschritt auf dem Wege zu einer einwanderungsgerechten Gestaltung des

Gesundheitswesens bedeuten, insbesondere im Sensibilität erfordernden Umfeld der Psychotherapie bedeuten.

Während sich der Abbau von Kommunikationshindernissen auf pflegerischem und medizinischem Gebiet in erster Linie auf das „Wie“ (sprich: wie wird Wissen vermittelt) bezieht, ist es im psychotherapeutischen Therapeut – Patienten - Verhältnis zudem von großer Wichtigkeit, über das „Wie“ hinaus auch auf das „Was“ hinzuweisen. Die Rede ist hier von der Kenntnis um Tabuthemen und hemmungsbesetzte Intimsphären zwischenmenschlicher und persönlicher Natur, die den behandelnden Psychologen durch das „Minenfeld der Schamhaftigkeit“ zu lotsen vermag.

Der Forderungskatalog der Sonnenberger Konferenzteilnehmer entspricht nicht zuletzt den bereits vor einem Jahrzehnt etablierten Richtlinien der American Psychological Association, in denen das Gebot um interkulturelle Ausbildungserweiterung einen zentralen Stellenwert erhält.

7. Empirie

7.1 Forschungsstand

Entgegen der weitläufigen Annahme, dass Migration als stressauslösendes Phänomen per se die Diagnostik erschwert, sowie der Überbewertung sprachlicher Barrieren im Verhältnis zwischen Arzt und ausländischem Patienten gibt es mittlerweile gehaltvolle Hinweise darauf, dass mehr als nur die beiden genannten Faktoren zu einer häufigen Fehldiagnostik seitens der ambulant Versorgenden führt (Lindert, 2008).

Ursula Brucks hält in diesem Zusammenhang fest, dass es zu einer „spezifischen Interaktion zwischen den versorgenden Ärzten und den Zuwanderern“ (kommt, H.R.), die ihre Beschwerden zunächst nicht in der für das westliche medizinische Denken typischen Leib-Seele-Dichotomie erleben“, (Brucks 2004, 30). Hinter dieser „spezifischen Interaktion“ verbergen sich konkret der Umstand einer kulturspezifischen Schmerzwahrnehmung sowie eines spezifischen Ausdrucks desselbigen.

In der „Erhebung über die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte“ (EVaS) aus den Jahren 1981 und 1982 ging bereits hervor, dass insbesondere türkische Patienten eine ungleich höhere Schmerzbetonung aufwiesen als westliche Patienten mit vergleichbaren Krankheitsbildern.

Untersuchungen aus dem Jahre 2003 unter Leitung des Autorenteamts Ferber & Köster & Celayir-Erdogan bestätigen diese Befunde.

Die andere Seite der umrissenen „spezifischen Interaktion“ ist die Reaktion des behandelnden Arztes auf diesen erhöhten Schmerzausdruck, die sich in Form einer medikamentösen Therapie manifestiert.

Dieses „Einverständnis im Missverständnis“ (Brucks, 2004, 30), dass auf der beidseitigen Zuerkennung von Bemühung um Linderung der Schmerzen basiert, mündet schließlich in eine systematische, das Gesundheitssystem durchziehende „Medikalisierung von Problemen“ (Brucks, 2004, 30).

Der Patient mit Migrationshintergrund (im Folgenden: der muslimische Patient) verbringt demnach eine überdurchschnittlich lange Zeit auf der medizinischen Ebene des Gesundheitssystems. Erreicht er schließlich die

nachgelagerte Ebene der psychosozialen Versorgung, erwarten ihn weitere Hürden. Diese Hürden sollen mithilfe der hier vorgelegten empirischen Untersuchung beleuchtet werden. Damit soll eine Erkenntnislücke geschlossen werden, die bis dato besteht. Während der medizinische Sektor in seinem Umgang mit muslimischen Patienten – wie erwähnt - einiger Studien bedacht wurde, liegt bislang keine einzige Publikation vor, die sich den psychosozialen und speziell psychotherapeutischen Versorgungsbedingungen widmet (Koch & Brähler, 2008).

Erst Ende des Jahres 2007 wurde in England die Arbeit „*Counseling and Psychotherapy with Arabs and Muslims*“ von Marwan Dwairy veröffentlicht. Darin schildert der Autor (Inhaber des Lehrstuhls für Psychologie am Emek Yezreel Academic College und am Oranim Academic College) seine Erfahrungen mit muslimischen Patienten. Nach früheren Untersuchungen zum Thema „Psychotherapie mit orthodoxen Juden“ setzt er sich seit zwei Jahrzehnten mit der psychotherapeutischen Behandlung von religiösen Muslimen auseinander. Es ist ein Werk, das sich in Ratgeberform an Psychotherapeuten wendet und das gleichermaßen eine ethnographische Umschau auf muslimische Lebenswelten liefert.

Der in Deutschland erschienene *Ratgeber für Muslime bei psychischen und psychosozialen Krisen* (Laabdallaoui, M., Rüschoff, I., 2005) richtet sich explizit an die Patienten und stützt sich nur bedingt auf empirische Untersuchungen.

Ein Rückgriff auf bereits vorhandene Datensätze, Vorgehensweisen und Erkenntnisse ist daher nur bedingt möglich.

7.2 Eigene Fragestellung

Ausgehend von den Hinweisen, dass erhebliche Defizite in der medizinischen Versorgung von Muslimen bestehen, soll das Gesund-

heitssystem also auch auf der psychosozialen Ebene untersucht werden (Koch & Brähler, 2008; Lindert, 2008).

Die Ausgangshypothese lautet: „Es wird angenommen, dass muslimische Patienten von der psychotherapeutischen Versorgung, so wie sie gegenwärtig in Deutschland besteht, weniger profitieren als nichtmuslimische Patienten“.

Fußend auf dieser Hypothese erschließt sich eine Kette weiterer Annahmen, die sich nicht zuletzt auch aus der eigenen praktischen Erfahrung des Autors als Psychotherapeut (überdies mit interkulturellem Hintergrund) ergibt:

1. Die in früheren Studien getroffene Aussage, muslimische Patienten weisen einen stärkeren Medikamentenkonsum auf (stets im Vergleich zu deutschen Patienten), soll ergänzt werden durch den Nachweis über einen zudem längeren Medikamentenkonsum.
2. Außerdem soll die Leidensphase, also der Zeitraum von Beginn der Erkrankung (physisch und psychisch) bis zu ihrer Linderung erfragt werden. Angenommen wird, dass diese Phase bei muslimischen Patienten länger ist als bei deutschen Patienten.
3. Bei der psychosozialen und ärztlichen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar.
 - 3.1 Diese sind begründet in sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten. Diese Verständigungsschwierigkeiten stellen aber nicht die Hauptschwierigkeit in der Psychotherapie und der Arzt – Patienten – Interaktion dar.
 - 3.2 in einem differierenden (weil ganzheitlichen) Verständnis von Körper, Geist und Seele und einer differierenden Wahrnehmung und Deutung von (insbesondere) psychischer Krankheit auf Seiten der muslimischen Patienten,
 - 3.3 in einer differierenden Erwartungshaltung an den Behandelnden (Psychotherapeut bzw. Arzt) auf Seiten der muslimischen Patienten,
 - 3.4 in besonderen Schwierigkeiten bei der Vertrauensbildung im Umgang mit muslimischen Patienten. Auf der Seite der Patienten müssten

demnach höhere Hemmschwellen und ein allgemeines Unbehagen während der Therapie nachzuweisen sein.

3.5 Ferner sind sie begründet im Vorhandensein einer Reihe von spezifischen Konfliktfeldern und Tabuthemen sowie

3.6 in einem therapieadversen sozialen Umfeld. Angenommen wird, dass sich muslimische Patienten seltener als deutschen Patienten mit ihrem Umfeld über die eigene Erkrankung und Behandlung austauschen und dass die Äußerungen des Umfelds zu Erkrankung und Psychotherapie häufiger negativ ausfallen als bei deutschen Patienten.

4. Zu den Ursachen dieser Versorgungsdefizite gehören unter anderem Lücken in der Information um interkulturelle psychotherapeutische Konzepte sowie in der Informationslage über die muslimische Lebenswelt auf Seiten der Therapeuten. Auf Seiten der muslimischen Patienten herrscht eine negative Voreingenommenheit gegenüber der Psychotherapie.

5. Das Gesundheitssystem weist der Annahme des Autors folgend zudem institutionelle Schwachstellen auf, die hier aufgedeckt werden sollen, um die Rahmenbedingungen der Psychotherapie im Hinblick auf ihre Kultursensibilität kennen zu lernen.

Forschungsleitende Frage: Aus welchen Bausteinen muss eine kultursensible Psychotherapie für muslimische Patienten bestehen?

7.3 Methoden

7.3.1 Angewandte Untersuchungsverfahren

Die Untersuchung wurde mittels vier verschiedener standardisierter Fragebögen durchgeführt, die sich jeweils an Psychotherapeuten, ärztliche Fachgruppen (Psychiater, Neurologen, Hausärzte/ Allgemeinmediziner, Internisten usw.) sowie muslimische und deutsche Patienten richteten.

Die Fragebögen enthielten jeweils 40 (Therapeuten), 37 (ärztliche Fachgruppen) und 49 (muslimische Patienten) bzw. 46 (deutsche Patienten) Fragen, die teils als Multiple-Choice-Fragen teils als offene Fragen konzipiert waren. Die Untersuchung hat zwangsläufig explorativen Charakter, da Vorgängerstudien zum Objektbereich nicht vorliegen. Demnach sind die Fragen nur zum Teil auf empirische Hinweise gestützt (so bei den Fragen zum Medikamentenmissbrauch). Die größere Zahl der Fragen begründet sich durch Annahmen, die im Vorfeld hypothetisch beantwortet wurden.

Auch die Interviewreihe, die vor der quantitativen Studie durchgeführt werden sollte, erbrachte nur wenige Impulse für die Konzeption der vorliegenden Fragebögen (siehe nächstes Kapitel).

Im Folgenden werden nun die Bögen einzeln aufgeschlüsselt. Im Anhang befinden sich die Fragebogen in Originalform.

- Fragebogen für Psychotherapeuten und Ärzte:

Eine erste Frageserie fragt nach den persönlichen Angaben. Dazu gehören Alter, Dienstalter, Standort, Geschlecht, der Therapieschule bzw. ärztlichen Fachgruppe, Konfession und Religiosität (Fragen 1-5). Es soll hier eine allgemeine Übersicht über die Stichprobe gegeben werden.

In einer zweiten Frageserie wird die allgemeine Einschätzung der muslimischen Klientel abgefragt. Hier wird nach dem erstmaligen Umgang mit einem muslimischen Patienten, dem prozentualen Anteil muslimischer Patienten bzw. religiöser muslimischer Patienten am Gesamtpatientenstamm bzw. am Stamm muslimischer Patienten geforscht. Dieser Fragekomplex soll beleuchten, wie intensiv der Kontakt mit muslimischen Patienten ist, so dass nachher in der Korrelationsanalyse der Anteil von Behandelnden, der nur über wenig Erfahrung im Umgang mit Muslimen verfügt, von dem getrennt gelesen werden kann, der über reichere Erfahrung verfügt. Die Frage nach dem erstmaligen Kontakt zwischen Behandelndem und muslimischem Patient

soll verdeutlichen, wie lange bereits die Dringlichkeit interkultureller Erweiterung der Psychotherapie verkannt wurde (Fragen 6 – 8 für beide Gruppen).

Eine dritte Fragereihe zielt auf die Offenlegung von Krankheit und Krankheitswahrnehmung der Patienten ab (Fragen 9 – 13 für beide Gruppen). Auch die Phase vor der Therapie wird beleuchtet. Darunter fallen die Hausarztkonsultation und die medikamentöse Behandlung der muslimischen Patienten. Es sollen hierdurch die Vorgängerstudien zur Behandlung muslimischer Patienten überprüft und die spezifische Interaktion zwischen Hausarzt und Patient beleuchtet werden (*Hypothesen 1 und 2 und 3.2*).

In einer vierten Fragereihe werden die Therapie (bzw. die Interaktion zwischen Behandelndem und Patient) und die besonderen Umstände einer Therapie muslimischer Patienten in den Mittelpunkt gerückt (Fragen 14 – 27 für die Psychotherapeuten und 14 – 24 für die Ärzte).

Dazu gehören Fragen nach einer eventuell höheren (immer in Relation zu nichtmuslimischen Patienten) Erwartungshaltung muslimischer Patienten an den Therapeuten bzw. Arzt und deren Umgang damit (*Hypothese 3.3*).

Sowie die Frage nach einer eventuell als schwierig wahrgenommenen Vertrauensbildung im Umgang mit muslimischen Patienten (*Hypothese 3.4*).

Zentral sind ferner die möglicherweise beobachteten kulturspezifischen Konfliktfelder und Tabuthemen (*Hypothese 3.5*). Es sollen die konkreten Erfahrungen, die die behandelnden Akteure des Gesundheitssystems mit muslimischen Patienten gesammelt haben, eingefangen werden. Ebenso ist es Ziel, einen Katalog an Konfliktfeldern und Tabuthemen zu erfassen und diesen mit in der Theorie angesprochenen ethnospezifischen Merkmalen abzugleichen. Die Frageserie wird abgerundet durch die Erkundung der sprachlichen Ebene. So wird nach Verständigungsschwierigkeiten und deren Bewältigungsstrategien gefragt (*Hypothese 3.1*). Bei den Therapeuten wird zudem die psychotherapeutische Praxis fokussiert, indem die Rolle der Religion als Therapiethema abgefragt wird, sowie die Bedeutung von

Mythologie und Symbolik als therapeutisches Instrument für die psychotherapeutische Arbeit der Befragten offen gelegt wird (*forschungsleitende Frage*).

Eine letzte Fragereihe steht inhaltlich außerhalb der eigentlichen Behandlung muslimischer Patienten (Fragen 28 – 40 für Therapeuten bzw. 25 – 37 für Ärzte). Es geht hierin um die Offenlegung von Informationsdefiziten (*Hypothese 4*). Der Austausch mit Kollegen über besondere Herausforderungen in der Psychotherapie mit muslimischen Patienten sowie die Kenntnis über die Sonnenberger Leitlinien und die Einschätzung des eigenen allgemeinen Kenntnisstands über die Lebensweise von Muslimen werden thematisiert. Auch die Meinung zum Erwerb interkultureller Kompetenzen im Umgang mit muslimischen Patienten sowie die Einschätzung der Notwendigkeit einer kultursensiblen Psychotherapie und der Ausgabe eines islamspezifischen Ratgebers werden eingeholt. Abschließend wird die Einschätzung der Kultursensibilität des deutschen Gesundheitssystems abgefragt und in ergebnisoffenen Fragen nach Verbesserungsvorschlägen eruiert (*Hypothese 5*). Es soll also innerhalb dieser Serie eine Selbsteinschätzung abgefragt werden. Für wie interkulturell geschult halten sich die Behandelnden ein und würden sie eine Erweiterung um interkulturelle Komponenten in der psychosozialen Versorgung von Muslimen begrüßen? Kennen Sie die Sonnenberger Leitlinien und bestätigen sie die darin artikulierten Missstände? Und welche Empfehlungen geben Sie, um die Kultursensibilität des Gesundheitssystems zu erhöhen? (*forschungsleitende Frage*).

- Fragebögen für muslimische und deutsche Patienten:

In einer ersten Frageserie wird erneut die persönliche Sphäre des Befragten behandelt. Neben Alter, Geschlecht, Geburtsland (auch der Eltern bei muslimischen Patienten), Aufenthaltsdauer (bei Muslimen), familiärer

Situation und Hobbys wird auch nach der eigenen Einschätzung der Religiosität und der Einhaltung islamischer bzw. christlicher Vorschriften gefragt. Hier sollen wieder Grundskizzen der betreffenden Population angefertigt werden, damit diese später einander gegenübergestellt werden können (Fragen 1 – 9 bei Muslimen und 1 – 8 bei deutschen Patienten).

Eine zweite Serie fragt nach der Krankheit, dem Erleben dieser Krankheit, der Interaktion mit dem Hausarzt, der medikamentösen Behandlung und dem Gefühl bei der Einnahme dieser Medikamente (Fragen 13 – 26 bei muslimischen und 11 – 23 bei deutschen Patienten). Ziel ist es hierbei das „Einverständnis im Missverständnis“ (Brucks, 2004) aus der Sicht der Patienten zu rekonstruieren und dabei zu vergleichen, ob deutsche Patienten ein ähnliches Interaktionsmuster aufweisen (*Hypothese 1 und 2 und 3.2*).

In einer dritten Frageserie gilt das Interesse dem Patienten in der Therapie. (Fragen 27 – 49 für Muslime und 24 – 46 bei Deutschen).

Hier wird die Meinung des Patienten über die Therapie vor, während und nach der Therapie abgefragt (*Hypothese 3.3 und 4*). Auch die Krankheit wird erneut thematisiert, diesmal im Zusammenhang mit dem Umfeld, der Thematisierung der eigenen Krankheit gegenüber diesem Umfeld (*Hypothese 3.4 und 3.6*). Fragen, die sich auf den Therapeuten beziehen schließen sich daran an. Zufriedenheit vor und nach der Therapie sowie Therapiebilanz, Religion als Therapiethema und sprachliche Verständigung sind weitere Ansatzpunkte. Es soll herausgefunden werden, wo die Besonderheiten einer Psychotherapie mit muslimischen Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten liegen. Was wurde von beiden Gruppen bemängelt? Wie stellen sich beide Gruppen jeweils ihren idealen Therapeuten vor? Und wie gehen die Gruppen mit ihrer Krankheit um? Auch die Frage nach der Bewertung von Mythologie und Symbolik als therapeutische Instrumente ist von Bedeutung (*Hypothese 3.1 und forschungsleitende Frage*).

Letztlich soll die subjektiv eingeschätzte Erfolgsquote der beiden Gruppen einander gegenübergestellt werden.

7.3.2 Untersuchungsverlauf

Die anfänglich angestrebte Interviewreihe musste aufgrund mangelnder Bereitschaft seitens der potentiellen Interviewpartner aufgegeben werden. Die wenigen, die zu Interviews bereit waren, entsprachen entweder nicht dem gesuchten Profil (Psychotherapeut ohne einen einzigen muslimischen Patienten) oder verweigerten sich bei den aussagekräftigen Fragen (Patienten, die über die eigene Therapie Aussage treffen sollen).

Die Interviews waren mittels Leitfaden teilstrukturiert. Hierdurch sollte erreicht werden, dass sich die Befragten in der Ausführung ihrer Erfahrungen und Ansichten durch Auslassen vorgegebener Antworten frei artikulieren konnten. Sie dauerten zwischen 20 und 30 Minuten. Gesprochen wurde mit drei Therapeuten und drei Patienten (zwei muslimischen und einem deutschen). Der Verlauf wurde mit Tonband dokumentiert. Mittels dieser Interviews sollte eine Blaupause für die späteren Fragebogen hergestellt werden, da auf vergleichbare Studien nicht zurückgegriffen werden konnte. Bei relevanten Stellen (Thapieinhalte bei Therapeuten z.B. oder schambesetzte Themen bei Patienten) blieb die erhoffte Aussagebereitschaft indes aus.

Als aussichtsreicher erschien es dem Autor schließlich, sich gänzlich auf die quantitative Untersuchung zu konzentrieren. Die erste Fragebogenreihe wurde Anfang Mai 2007 ausgesandt, zwei weitere in den darauf folgenden Monaten.

Auch hier war das ursprünglich anvisierte Design nur mit Einschränkung zu realisieren:

- Von den 887 Fragebögen, die an Psychotherapeuten (626) und Ärzte (261) versandt wurden, kamen lediglich 73 (Psychotherapeuten) plus 24 (Ärzte) zurück.

Der Rücklauf beläuft sich also bei den Therapeuten auf 11,6% und bei den Ärzten auf 9,1%.

- Die weitaus größte Anzahl Fragebögen (1878) wurde an die Gruppe der muslimischen Patienten gesandt. Von ihnen kamen lediglich 120 zurück. Dies entspricht einem Rücklauf von 6,4%.
- Für die deutschen Patienten gilt, dass von 51 ausgesandten Fragebögen zum Auswertungszeitpunkt 13 vorliegen. Hier wurde also mit 25,5% Rücklauf das stärkste Feedback eingeholt.

Der ungewöhnlich hohe Drop - Out lässt sich möglicherweise durch zwei Ansätze erklären. Zum ersten könnte ein Bias vorliegen. Möglicherweise sind die Gründe für die Verzerrungseffekte bei der Reihung der Fragen, bei der Frageformulierung oder der Vorgabe der Antwortkategorien zu suchen. Vor allem bei den muslimischen Patienten wäre denkbar, dass die Fragestellung überkomplex bzw. die verwandten Begriffe und Denkkonstrukte (Selbstreflexivität und Abstraktion zum Beispiel) dahinter ungeläufig waren, obschon gerade bei dieser Gruppe auf Einfachheit des Vokabulars geachtet wurde. Denkbar wäre auch, dass der Mehrwert, der durch diese Forschungsarbeit für Behandelnde und Behandelte erreicht werden soll, nur unzureichend im Eingangstext herausgestellt wurde.

Ein zweiter Erklärungsansatz ist die Sensitivität der Thematik. Die zum Teil heiklen Fragen im Umfeld von Schamgefühlen, Ängsten und der eigenen Leidensgeschichte sind integraler Bestandteil der Privatsphäre eines jeden Patienten.

Für die Therapeuten berühren viele Fragen die Schwelle professioneller Diskretion und deuten womöglich auf ein selbstkritisches Eingeständnis eigener Kompetenzmängel hin.

Auch pragmatische Gründe wie mangelnde Zeit und nichtvorhandenes Verständnis sind anzuführen. Gerade bei Therapeuten oder Ärzten ohne Erfahrung mit muslimischen Patienten ist womöglich anzunehmen, dass die Teilnahmebereitschaft entsprechend gering ausfällt. Dadurch dass jeder (bereits frankierte) Therapeutenumschlag mittels drei beigefügter Patientenfragebögen (plus frankierter Umschläge) einen Multiplikatoreneffekt

erzielen sollte, erklärt sich ferner der große Drop – Out – Proporz bei den muslimischen Patienten.

7.3.3 Gewinnung und Beschreibung der Stichprobe

Die Fragebögen wurden in Briefform versandt. Im Falle der Psychotherapeuten enthielt jeder Umschlag jeweils einen Fragebogen für den Psychotherapeuten und drei Patientenfragebögen, die weitergereicht werden sollte. Damit sollte ein Multiplikatoreffekt erreicht werden. Die Fragebögen für die ärztlichen Fachgruppen waren ohne Zusatz.

1. Auf Seiten der Psychotherapeuten fanden sich bis Analysebeginn (Januar/ Februar 2008) 73 ausgefüllte Fragebögen ein. Die ursprüngliche angepeilte Gesamtheit von $N = 120$ wurde somit wesentlich (um 47 Antworten), also um knapp 40% unterschritten.
2. In der Zielgruppe bestehend aus den ärztlichen Berufsgruppen wurde eine Gesamtheit von $N = 24$ erreicht. Hier ist die angestrebte Zahl von 40 Rückmeldungen um 16 Antworten (knapp 60%) vermindert.
3. Für die muslimischen Patienten lagen bei Auswertungsbeginn 120 Datenbögen vor. Die im Vorfeld angestrebte Zahl ist somit erreicht worden.
4. Bei den deutschen Patienten wurde ein Zahl von $N = 20$ anvisiert. Mit den 13 vorliegenden Antworten wurde das Ziel um 35% unterschritten.

Die Frage nach der Repräsentativität ist in vorliegender Untersuchung nur bedingt zu beantworten.

In Deutschland sind nach Angaben der KBV zum Jahresabschluss 2007 tätig:

- 12.851 teilnehmende psychologische Psychotherapeuten
- 2.828 teilnehmende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- 4.706 teilnehmende ärztliche Psychotherapeuten
- 314.912 berufstätige Ärzte

Gerade bei den Ärzten wird somit sicherlich das Repräsentativitätsmaß verlassen. Im Falle der Patientengruppen fehlt zudem eine verlässliche Angabe zur Grundgesamtheit, so dass sich hier die Frage nach Repräsentativität a priori verbietet.

7.3.4 Verwendete Verfahren der Datenanalyse

Die Verfahren sind teilweise explorativ, deskriptiv und inferenzstatistisch. Dabei standen als Auswertungsverfahren für alle Hypothesen vor allem Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte, Kreuztabellen und Korrelationsanalysen im Mittelpunkt.

Bei zwei intervallskalierten Variablen wurde der Pearson-Korrelationskoeffizient verwendet und bei einem Zusammenhang einer intervallskalierten Variable mit einer anders skalierten Variable der Spearman-Rho-Koeffizient. Die gemeinsame Häufigkeitsverteilung zweier möglicherweise zusammenhängender Variablen wurde somit untersucht. In dieser Analyse wird auch untersucht, ob die Häufigkeiten der jeweils miteinander verglichenen Variablen ungleich verteilt sind.

Gerechnet wurde das Kreuztabellenverfahren mit exakter Lösungseinstellung, da die herkömmliche Durchführung nur approximative Werte erzeugen würde.

Die Korrelationen (1- und 2-seitig nicht- und parametrisch) sowie Chi Quadrattests für die Gleichverteilung von unabhängiger und abhängiger Variable (UV und AV) gemeinsam bzw. für die jeweilige Häufigkeitsverteilung

der einzelnen Variablen wurden nur in Einzelfällen in tabellarischer Form eingefügt. Aus Gründen der Lesbarkeit sind die lediglich die Werte angegeben. Hoch signifikante Korrelationen sind mit 2 Sternen gekennzeichnet (auf dem 1%-Niveau signifikant) und einfach signifikante mit 1 Stern (auf dem 5%-Niveau signifikant); marginal signifikante Korrelationen befinden sich im Signifikanzbereich bis zu 0,06/0,07 (Signifikanzwert).

Hinsichtlich der Signifikanz bei den Korrelationen wurden bei gemischtskalierten Variablen die nicht - parametrischen Ergebnisse berücksichtigt werden, da es sich um verschiedene Skalenniveaus handelt. Einseitige Signifikanztests beziehen sich auf den einzigen Abschnitt der Normalverteilungskurve bei der a priori-Annahme, dass, wenn überhaupt, hier einen Zusammenhang geben sollte.

7.4 Darstellung der Ergebnisse

Es folgt die Darstellung der Ergebnisse. Dabei wird zunächst ein allgemeiner Überblick über die vier befragten Gruppen gegeben und im Anschluss jede Hypothese einzeln abgehandelt. Am Ende werden die Ergebnisse zur forschungsleitenden Frage vorgestellt (ihre Diskussion fließt aber direkt in das Kap. 8.3 ein).

Es werden jeweils die Fragen vor die Ergebnisse gestellt, um die Orientierung zu erleichtern. Die Nummerierung folgt keiner laufenden Ordnung, sondern orientiert sich am Fragebogen. Aufgrund inhaltlicher Sinnzusammenhänge im Fragebogen sind daher Fragen aufeinanderfolgend, die in der folgenden Darstellung der Ergebnisse (die sich an den Hypothesen orientiert) nicht zwingend aufeinander folgen müssen.

Die Hypothesen werden in ihrer inhaltlichen Begründung und im Zusammenhang mit in der Literatur aufzufindenden Belegen im Kapitel 7.5 näher erläutert. Zunächst sollen die Ergebnisse ohne analytische Kommentierung hinsichtlich Stützung oder Widerlegung der Hypothesen vorgestellt werden.

Allgemeine Darstellung der Stichprobe *Psychotherapeuten*

Frage 1) an die Psychotherapeuten: *Wie alt sind Sie?*

Dabei ist festzuhalten, dass von 67 antwortenden Therapeuten der Jüngste ein Alter von 29 und der Älteste ein Alter von 84 aufweist. Im Durchschnitt ist die Population knapp 48 Jahre alt (s. Tab.2).

Tab. 2: Alter der Psychotherapeuten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Alter	67	29	84	47,72	8,166
Gültige Werte (Listenweise)	67				

Frage 2) an die Psychotherapeuten: *Welchen Geschlechts sind Sie?*

Bei der Geschlechterverteilung findet sich ein leichter Überhang männlicher Therapeuten (52,1%); (s. Tab. 3).

Tab.3: Geschlecht der Psychotherapeuten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Männlich	38	52,1	53,5	53,5
	Weiblich	33	45,2	46,5	100,0
	Gesamt	71	97,3	100,0	
Fehlend	System	2	2,7		
Gesamt		73	100,0		

Frage 3) an die Psychotherapeuten: *Wie lange sind Sie bereits als Psychotherapeut tätig?*

Beim Item Dienstalster ist der Range ebenso weit gefasst. Während sich die kürzeste Ausübungsdauer bei 2, 5 Jahren verortet, ist mit 54 Jahren am

anderen Ende der Skala der dienstälteste Psychotherapeut zu finden (s. Tab.4).

Tab.4: Diensalter der Psychotherapeuten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Dienstjahre	71	2,50	54,00	17,2746	8,15116
Gültige Werte (Listenweise)	71				

Frage 4) an die Psychotherapeuten: *Welcher psychotherapeutischen Schule gehören Sie an?*

Tab. 5: Verteilung nach Schulen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig VT	35	47,9	50,0	50,0
PA	13	17,8	18,6	68,6
TPT	17	23,3	24,3	92,9
Sonstige	5	6,8	7,1	100,0
Gesamt	70	95,9	100,0	
Fehlend System	3	4,1		
Gesamt	73	100,0		

Hinsichtlich der Zugehörigkeit zu einer Therapierichtung zeigt sich ein Überhang an Verhaltenstherapeuten (47,9%). Gefolgt von den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten (23,3%) und den Psychoanalytikern (17,8%). Fünf weitere haben sich nicht weiter bestimmen lassen und drei haben hierzu gar keine Angaben gemacht (s. Tab.5).

Frage 5) an die Psychotherapeuten: Welcher Konfession bzw. Religion gehören Sie an?

Bezüglich der Konfessions- bzw. Religionszugehörigkeit zeigt sich ein ebenso vielfältiges Bild (s. Tab.6)

Tab. 6: Konfessionen und Religionen der PT

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Röm.kath.	17	23,3	32,1	32,1
	Evang.	18	24,7	34,0	66,0
	Muslimisch	13	17,8	24,5	90,6
	Keine	5	6,8	9,4	100,0
	Gesamt	53	72,6	100,0	
Fehlend	System	20	27,4		
Gesamt		73	100,0		

Mit einem Anteil von knapp 25,5% sind Therapeuten protestantischer Konfession die häufigste Erscheinung. Es schließen sich Katholiken (23,3%), Muslime (17,8%) und Konfessionslose (6,8%) an. Anzumerken ist hierbei, dass 20 fehlende Werte auftauchen (s. Tab. 6). Erwähnt werden muss, dass der Anteil muslimischer Therapeuten innerhalb der Population als nicht repräsentativ gelten kann.

Es lässt sich ferner festhalten, dass muslimischen Patienten lediglich der verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zugehörig sind.

Ein Zusammenhang besteht laut Test indes nicht (der Prozentanteil der Zellen mit Erwartungshäufigkeiten kleiner 5 übersteigt die 20% - Grenze im parametrischen Chi - Quadrattest und ist signifikant regelmäßig verteilt im nichtparametrischen Chi - Quadrattest; dazu $p = - 0,61$).

Frage 6) an die Psychotherapeuten: *Können Sie sich erinnern, wann Sie zum ersten Mal einen muslimischen Patienten behandelt haben?*

Zum Verhältnis zwischen Psychotherapeut und muslimischem Patient ist zunächst einmal festzuhalten, wann die Psychotherapeuten erstmalig auf muslimische Patienten innerhalb ihrer Praxis trafen. Dabei liegt dieser Erstkontakt bis zu 28 Jahre zurück. Die jüngste Begegnung fand im Jahre 2006 statt. Die Erweiterung des Patientenstammes um Muslime fand ihre durchschnittliche Häufung um das Jahr 1996 (s. Tab.7).

Tab. 7: Behandlung des ersten Muslim

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Erster Muslim	42	1980	2006	1996,55	6,236
Gültige Werte (Listenweise)	42				

Frage 7) an die Psychotherapeuten: *Wie viel Prozent ihrer Patienten sind muslimischen Glaubens?*

Der Mittelwert beläuft sich hierzu auf 17, 8 %. Knapp 18% des Patientenstammes der (in diesem Fall) 72 Therapeuten hat demnach einen muslimischen Hintergrund.

Tab. 8: Prozentanteil muslimischer Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Prozent Muslimische Patienten	72	,0	100,0	17,785	29,3112
Gültige Werte (Listenweise)	72				

Dabei ist festzuhalten, dass die Verteilung der muslimischen Patienten auf die Psychotherapeuten mit deren Konfession (zweiseitig signifikant auf dem 0,01-Niveau) korreliert. Muslimische Patienten suchen also tendenziell eher einen muslimischen Therapeuten auf ($p = 0,363$); (s. Tab.8).

Tab. 9: Kreuztabelle: Konfession des Therapeuten und Prozent der muslimischen Patienten

Prozent der muslimischen Patienten		0-5,0	9,0-15,0	16,0-35,0	>70,0	Gesamt
Konfession	Röm.kath.	12	5	0	0	17
	evang.	10	3	3	1	17
	Muslimisch	0	2	2	9	13
	Keine	1	0	1	0	5
	Gesamt	23	10	4	10	52

Es besteht ebenso eine Korrelation zwischen der Therapierichtung und dem Anteil an muslimischen Patienten am Gesamtpatientenstamm der Psychotherapeuten (zweiseitig signifikant auf dem 0,05-Niveau, $\rho = 0,240$). Hier sind es vor allem Verhaltenstherapeuten und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten, die über einen nennenswerten Anteil muslimischen Patienten berichten können (s. Tab. 10). Diese Therapierichtungen werden tendenziell eher von muslimischen Psychotherapeuten angeboten

Tab. 10: Kreuztabelle: Schule und Prozent der muslimischen Patienten

Prozent der muslimischen Patienten		0-6,0	9,0-15,0	16,0-30,0	35,0-45,0	>70,0	Gesamt
Schule	VT	20	5	2	2	5	34
	PA	11	2	0	0	0	13
	TPT	8	4	2	0	3	17
	Sonstige	1	2	0	0	2	5
	Gesamt	40	13	4	2	10	69

Frage 8) an die Psychotherapeuten: *Wie viele davon sind praktizierende Gläubige?*

Tab. 11: Prozentanteil gläubiger muslimischer Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Gläubige Muslimische Patienten	69	0	100	44,32	23,078
Gültige Werte (Listenweise)	69				

Der Einschätzung der Therapeuten (N=69) zufolge ist diese Patientengruppe in einen nennenswerten religiösen Anteil (44, 3%) zu unterteilen (s.Tab. 11). Dabei ist „Religiosität“ eine vom Therapeuten zu bestimmende Größe, die durch den Umgang mit seinem Patienten in diesem Fragebogen abgefragt wird.

Hier hingegen findet sich keine Korrelation der gläubigen muslimischen Patienten mit der Konfession der Psychotherapeuten.

Allgemeine Darstellung der Stichprobe *Ärztliche Fachgruppen*

Frage 1) an die ärztlichen Fachgruppen: *Wie alt sind Sie?*

Bei den Ärzten liegt das durchschnittliche Alter bei 52,71. Der jüngste Befragte ist 43, der älteste 59 Jahre alt (s. Tab. 12).

Tab. 12: Alter der Ärzte

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Alter	7	43	59	52,71	5,090
Gültige Werte (Listenweise)	7				

Frage 2) an die ärztlichen Fachgruppen: *Welchen Geschlechts sind Sie?*

Von 24 befragten Ärzten sind drei Viertel männlich und ein Viertel weiblich.

Tab. 13: Geschlecht der Ärzte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Männlich	18	75,0	75,0	75,0
	Weiblich	6	25,0	25,0	100,0
	Gesamt	24	100,0	100,0	

Frage 3) an die ärztlichen Fachgruppen: *Wie lange sind Sie bereits als Arzt tätig?*

Der durchschnittliche Berufstätigkeitszeitraum liegt bei über 22,6 Jahren. Die längste Dauer liegt bei 36 Jahren, während die kürzeste bei 8 Jahren liegt (s. Tab.14).

Tab. 14: Dienstjahre der ärztlichen Fachgruppen

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Dienstjahre	23	8	36	22,61	7,260
Gültige Werte (Listenweise)	23				

Frage 4) an die ärztlichen Fachgruppen: *Welcher ärztlichen Fachgruppe gehören Sie an?*

Hierbei wird offenbar, dass die meisten Befragten in einer psychiatrisch - neurologischen Profession tätig sind (ein Drittel), gefolgt von Internisten (ein Viertel), Allgemeinärzten (16,7%), ärztlichen Psychotherapeuten (12,5%) und einem Gynäkologen sowie einem Kardiologen (s. Tab. 15).

Tab. 15: Verteilung der Population auf ärztliche Fachgruppen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Psychiater-Neurologe	8	33,3	34,8	34,8
	Allgemeinarzt	4	16,7	17,4	52,2

Internist	6	25,0	26,1	78,3
Psychotherapie	3	12,5	13,0	91,3
Gynäkologe	1	4,2	4,3	95,7
Kardiologe	1	4,2	4,3	100,0
Gesamt	23	95,8	100,0	
Fehlend System	1	4,2		
Gesamt	24	100,0		

Frage 5) an die ärztlichen Fachgruppen: *Welcher Konfession bzw. Religion gehören Sie an?*

Tab. 16: Konfession bzw. Religion der ärztlichen Fachgruppen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig kath.	10	41,7	41,7	41,7
evang.	8	33,3	33,3	75,0
Muslim.	1	4,2	4,2	79,2
Keine	5	20,8	20,8	100,0
Gesamt	24	100,0	100,0	

Über 40% der befragten Ärzte sind katholischer Konfession. Es folgen die Protestanten (33,3%), die Konfessionslosen (20,8) und ein muslimischer Arzt.

Frage 6) an die ärztlichen Fachgruppen: *Können Sie sich erinnern, wann Sie zum ersten Mal einen Patienten muslimischen Glaubens behandelt haben?*

Im Durchschnitt liegt das Jahr der erstmaligen Behandlung eines muslimischen Patienten um 1990. Der früheste Zeitpunkt reicht in die Mitte der 1970er Jahre zurück (1977) und die jüngste Aufnahme eines muslimischen Patienten in den Stamm geht auf das Jahr 2004 zurück (s. Tab.17).

Tab. 17: Therapie des ersten Muslimen

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Erstes Therapiejahr eines Muslimen	17	1977	2004	1990,94	7,822
Gültige Werte (Listenweise)	17				

Frage 7) an die ärztlichen Fachgruppen: *Wie viel Prozent Ihrer Patienten sind muslimischen Glaubens?*

Nur sieben Prozent der Gesamtklientel in den befragten fachärztlichen Praxen sind muslimischen Glaubens (s. Tab.18).

Tab. 18: Prozentanteil muslimischer Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Muslimische Patienten in %	24	0	50	7,17	10,631
Gültige Werte (Listenweise)	24				

Dabei ist festzuhalten, dass es keine signifikant regelmäßige Verteilung der muslimischen Patienten auf die Konfessionen der Ärzte gibt und keine Korrelation zwischen beiden Variablen ($\rho = 0,017$). Gleichwohl muss konstatiert werden, dass der einzige muslimische Arzt auch der einzige Befragte ist, der einen Patientenstammanteil von über 50% angibt (s. Tab.19).

Tab. 19: Kreuztabelle: Konfession und Prozentanteil muslimischer Patienten

Prozent muslimische Patienten		0-7	10	20	50	Gesamt
Konfession	Kath.	8	1	1	0	10
	evang.	7	1	0	0	8
	Muslim.	0	0	0	1	1
	Keine	3	1	1	0	5
	Gesamt	18	3	2	1	24

Frage 8) an die ärztlichen Fachgruppen: *Wie viel Prozent Ihrer muslimischen Patienten sind als religiös einzuschätzen?*

Von diesen sieben Prozent sind über 38% von den Ärzten als religiös eingeschätzt worden (s. Tab.20).

Tab. 20: Prozentanteil gläubiger Muslime

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Gläubige muslimische Patienten	19	0	100	38,95	35,658
Gültige Werte (Listenweise)	19				

Allgemeine Darstellung der Stichprobe *muslimische Patienten*

Frage 1) an die muslimischen Patienten: *Wie alt sind Sie?*

Es findet sich ein breites Spektrum aus allen Altersgruppen. Der jüngste Patient weist ein Alter von 19 Jahren und der älteste Patient ein Alter von 61 Jahren auf (s. Tab.21).

Tab.21: Alter der muslimischen Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Alter	119	19	61	34,10	10,687
Gültige Werte (Listenweise)	119				

Frage 2) an die muslimischen Patienten: *Sind Sie männlich oder weiblich?*

Bei der Aufteilung nach Geschlechtern findet sich ein leichter Überhang zugunsten der Frauen (56,7%) (s. Tab.22).

Tab. 22: Geschlecht der muslimischen Patienten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Männlich	50	41,7	42,4	42,4
	Weiblich	68	56,7	57,6	100,0
	Gesamt	118	98,3	100,0	
Fehlend	System	2	1,7		
Gesamt		120	100,0		

Frage 5) an die muslimischen Patienten: Sind Sie verheiratet?

66,7% der muslimischen Patienten sind verheiratet. 32,5% geben an, nicht verheiratet zu sein.

Tab. 23: Zivilstatus der muslimischen Patienten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	80	66,7	67,2	67,2
	nein	39	32,5	32,8	100,0
	Gesamt	119	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamt		120	100,0		

Frage 6) an die muslimischen Patienten: Lebt Ihre Familie in Deutschland?

In 73,9% der Fälle lebt die Familie der befragten muslimischen Patienten in Deutschland (s. Tab. 24).

Tab. 24: Anteil an Patientenfamilien, die in Deutschland leben

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	88	73,3	73,9	73,9
	nein	31	25,8	26,1	100,0
	Gesamt	119	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamt		120	100,0		

Frage 3) an die muslimischen Patienten: In welchem Land wurden Sie geboren?

Zur Herkunft der befragten muslimischen Patienten ist zu sagen, dass an erster Stelle die Türkei mit 28,3% Angaben zu nennen ist, gefolgt von Iran (N=19) und Deutschland (N=16). 13,3% der Befragten sind also Migranten zweiter Generation.

Tab. 25: Geburtsland der muslimischen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Afghanistan	7	5,8	5,8	5,8
Ägypten	4	3,3	3,3	9,2
Albanien	1	,8	,8	10,0
Algerien	4	3,3	3,3	13,3
Äthiopien	1	,8	,8	14,2
Deutschland	16	13,3	13,3	27,5
Emirate	1	,8	,8	28,3
Irak	7	5,8	5,8	34,2
Iran	19	15,8	15,8	50,0
Katar	2	1,7	1,7	51,7
Kurdistan	2	1,7	1,7	53,3
Kuwait	3	2,5	2,5	55,8
Libanon	3	2,5	2,5	58,3
Marokko	6	5,0	5,0	63,3
Saudi-Arabien	2	1,7	1,7	65,0
Syrien	4	3,3	3,3	68,3
Tansania	1	,8	,8	69,2
Tunesien	3	2,5	2,5	71,7
Türkei	34	28,3	28,3	100,0
Gesamt	120	100,0	100,0	

Frage 4) an die muslimischen Patienten: *In welchem Land wurden Ihre Eltern geboren?*

Migranten dritter Generation sind in der Population nicht vertreten. Alle Befragten geben an, ihre Eltern seien im Ausland geboren (s. Tab. 26).

Tab. 26: Geburtsland der Eltern der muslimischen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Keine Angabe	87	72,5	72,5	72,5
Afghanistan	3	2,5	2,5	75,0
Ägypten	2	1,7	1,7	76,7
Algerien	2	1,7	1,7	78,3
Äthiopien	1	,8	,8	79,2
Indonesien	1	,8	,8	80,0
Irak	1	,8	,8	80,8
Iran	6	5,0	5,0	85,8
Kuwait	1	,8	,8	86,7
Marokko	6	5,0	5,0	91,7
Saudi-Arabien	1	,8	,8	92,5
Tansania	1	,8	,8	93,3
Tunesien	1	,8	,8	94,2
Türkei	7	5,8	5,8	100,0
Gesamt	120	100,0	100,0	

Frage 7) an die muslimischen Patienten: *Wann sind Sie nach Deutschland gekommen?*

Bei einem Blick auf die Einwanderungsdaten lässt sich eine starke Konzentration um das Jahr 1990 festhalten (s. Tab. 27).

Tab. 27: Jahr der Einwanderung der muslimischen Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Jahr der Einwanderung	110	1971	2002	1990,27	6,801
Gültige Werte (Listenweise)	110				

Frage 8) an die muslimischen Patienten: *Wie religiös sind Sie?*

Auf die Frage, wie religiös sich die muslimischen Patienten einschätzen, antworten 19, 2% mit „sehr religiös“, 46,6 mit „eher religiös“ gegenüber 25,8% der Patienten, die sich als „weniger religiös“ bzw. 6,7%, die sich als „gar nicht religiös“ bezeichnen (s. Tab. 28).

Tab. 28: Grad der Religiosität der muslimischen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr religiös	23	19,2	19,5	19,5
Eher religiös	56	46,6	47,4	66,9
Weniger religiös	31	25,8	26,3	93,2
gar nicht religiös	8	6,7	6,8	100,0
Gesamt	118	98,3	100,0	
Fehlend System	2	1,7		
Gesamt	120	100,0		

Frage 9) an die muslimischen Patienten: *Leben Sie nach islamischen Vorschriften?*

Ein Leben nach religiösen Vorschriften wird von einer deutlichen Mehrheit, nämlich 66, 7%, geführt (s. Tab. 29).

Tab. 29: Anteil der Patienten, die nach islamischen Vorschriften leben

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	80	66,7	67,8	67,8
	Nein	31	25,8	26,3	94,1
	teils teils	7	5,8	5,9	100,0
	Gesamt	118	98,3	100,0	
Fehlend	System	2	1,7		
Gesamt		120	100,0		

Dabei lässt sich eine Korrelation zwischen dem Grad der Religiosität und dem Leben nach Vorschriften ($\rho = 0,560$; zweiseitig hochsignifikant auf dem 0,01 – Niveau), dem Alter und dem Grad der Religiosität ($\rho = - 0,220$; zweiseitig signifikant auf dem 0,05 – Niveau) und dem Alter in Verbindung mit einem Leben nach Vorschriften ($\rho = - 0,218$; zweiseitig signifikant auf dem 0,05 – Niveau) feststellen. Demnach sind ältere Menschen tendenziell religiöser und stärker in ihrer Lebensführung an islamischen Geboten orientiert als junge.

Frage 10) an die muslimischen Patienten: *Welche seelischen Beschwerden haben Sie?*

Mit 31, 7% sind depressive Störungsbilder innerhalb der Gruppe der muslimischen Patienten am stärksten verbreitet. Es folgen Angstsymptome (27,5%) und Anpassungsstörungen (10%). Anzumerken ist hierbei ebenso die Tatsache, dass in 35 Fällen mehrere der genannten Beschwerden gleichzeitig auftreten (s. Tab. 30).

Tab. 30: seelische Leiden der muslimischen Patienten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Angst	33	27,5	27,7	27,7
	Depression	38	31,7	31,9	59,7
	Anpassungsstörung	12	10,0	10,1	69,7
	Mehrere Beschwerden	35	29,2	29,4	99,2
	Andere	1	,8	,8	100,0
	Gesamt	119	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamt		120	100,0		

Frage 12) an die muslimischen Patienten: *Welche körperlichen Beschwerden haben Sie?*

42 Befragte geben an, an Kopfschmerzen zu leiden. Bei 29 Fällen ist Schlaflosigkeit das körperliche Krankheitsbild. Es folgen Magen- und Darmprobleme, Herzprobleme und Schwindel (s. Tab. 31).

Tab.31: Körperliche Leiden der muslimischen Patienten

Kopfschmerzen	42
Schlaflosigkeit	29
Magen-/Darmprobleme	23
Herzprobleme	15
Schwindel	11
Zittern	9
Appetitlosigkeit	8
Rückenschmerzen	7
Atemnot	3
Schwitzen	3
Fußschmerzen	1
Krämpfe	1
Schwäche	1

Allgemeine Darstellung der Stichprobe *deutsche Patienten*

Frage 1) an die deutschen Patienten: *Wie alt sind Sie?*

Die Population ist im Durchschnitt fast 40 Jahre alt. Der jüngste Patient ist 26, während der älteste 54 Jahre alt ist.

Tab. 32: Alter der deutschen Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Alter	13	26	54	39,38	7,816
Gültige Werte (Listenweise)	13				

Frage 2) an die deutschen Patienten: *Sind Sie männlich oder weiblich?*

Bei der Geschlechterverteilung ist festzuhalten, dass weit über die Hälfte der Patienten (57,1%) weiblich ist (s. Tab. 33).

Tab. 33: Geschlecht der deutschen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Männlich	6	42,9	42,9	42,9
Weiblich	8	57,1	57,1	100,0
Gesamt	14	100,0	100,0	

Frage 3) an die deutschen Patienten: *Sind Sie verheiratet?*

28,6% der befragten deutschen Patienten sind verheiratet, über 70% geben an, keinen Ehepartner zu haben.

Tab. 34: Zivilstatus der deutschen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	4	28,6	28,6	28,6
nein	10	71,4	71,4	100,0
Gesamt	14	100,0	100,0	

Frage 4) an die deutschen Patienten: *In welchem Land wurden Sie geboren?*

Das Geburtsland ist in allen Fällen Deutschland (s. Tab. 35).

Tab. 35: Geburtsland der deutschen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Deutschland	14	100,0	100,0	100,0

Frage 5) an die deutschen Patienten: *In welchem Land wurden Ihre Eltern geboren?*

Bei dem Geburtsland der Eltern wird Deutschland von 78,6% angegeben. In drei Fällen ist das Geburtsland der Eltern im Ausland (Polen, Russland, Ungarn) (s. Tab. 36).

Tab. 36: Geburtsland der Eltern der deutschen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Polen	1	7,1	7,1	7,1
Russland	1	7,1	7,1	14,3
Deutschland	11	78,6	78,6	92,9

Ungarn	1	7,1	7,1	100,0
Gesamt	14	100,0	100,0	

Frage 6) an die deutschen Patienten: Welcher Konfession bzw. Religion gehören Sie an?

Die weitaus größte Zahl der befragten deutschen Patienten bekennt sich zum Protestantismus. Zwei sind konfessionslos und jeweils ein Befragter gibt an, dem Katholizismus bzw. Buddhismus anzugehören (s. Tab. 37).

Tab. 37: Konfession bzw. Religion der deutschen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig kath.	1	7,1	7,1	7,1
Evang.	10	71,4	71,4	78,6
Buddhis.	1	7,1	7,1	85,7
Keine	2	14,3	14,3	100,0
Gesamt	14	100,0	100,0	

Frage 7) an die deutschen Patienten: Wie religiös sind Sie?

Die meisten befragten deutschen Patienten geben, an „eher religiös“ zu sein (57,1%). 7,1% der Befragten bezeichnen sich als „sehr religiös“. Über ein Drittel ist nach eigener Aussage „eher nicht“ (28,6%) bzw. „gar nicht religiös“ (7,1%); (s. Tab. 38).

Tab. 38: Grad der Religiosität der deutschen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Sehr religiös	1	7,1	7,1	7,1
Eher religiös	8	57,1	57,1	64,3

weniger religiös	4	28,6	28,6	92,9
Gar nicht religiös	1	7,1	7,1	100,0
Gesamt	14	100,0	100,0	100,0

Frage 8) an die deutschen Patienten: *Leben Sie nach christlichen bzw. anderen religiösen Vorschriften?*

Wird hingegen die Einhaltung christlicher bzw. religiöser Vorschriften erfragt, ist nur eine positive Antwort dokumentierbar, während mehr als drei Viertel die Frage verneint. Eine teilweise Einhaltung wird von 14,3% gelebt.

Tab. 39: Anteil der deutschen Patienten, die religiösen Vorschriften leben

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	1	7,1	7,1	7,1
Nein	11	78,6	78,6	85,7
teils teils	2	14,3	14,3	100,0
Gesamt	14	100,0	100,0	

Dabei findet sich im Gegensatz zu den muslimischen Patienten kein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Religiosität ($p = 0,439$) bzw. dem Alter und einem Leben nach religiösen Vorschriften. ($p = 0,170$).

Frage 9) an die deutschen Patienten: *Welche seelischen Beschwerden haben Sie?*

In nur einem Fall ist eine singuläre Diagnose auf Angstzuständen und in nur zwei Fällen eine singuläre Diagnose auf Depression zu stellen. In allen übrigen Fällen ist die Diagnose auf beide Krankheitsbilder zu stellen (s. Tab. 40).

Tab. 40: seelische Leiden der deutschen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Angst	1	7,1	7,1	7,1
Depression	2	14,3	14,3	21,4
mehrere Beschwerden	11	78,6	78,6	100,0
Gesamt	14	100,0	100,0	

Frage 11) an die deutschen Patienten: *Welche körperlichen Beschwerden haben Sie?*

Drei Angaben berichten von Rückenschmerzen, zwei von Beklemmungen im Brustbereich und zwei von nicht näher bestimmten Schmerzen (s. Tab. 41).

Tab. 41: körperliche Leiden der deutschen Patienten

Rückenschmerzen	3
Beklemmung im Brustbereich	2
Schmerzen	2
Antriebslosigkeit	1
Atemnot	1
Bauchschmerzen	1
Erschöpfung	1
Gelenkbeschwerden	1
Herzrasen	1
Migräne	1
MS	1
Müdigkeit	1
Schweißausbruch	1
Schwindel	1

Darstellung der Ergebnisse zu Hypothese 1)

Hypothese 1):

Die in früheren Studien getroffene Aussage, muslimische Patienten weisen (im Vergleich zu deutschen Patienten) einen stärkeren Medikamentenkonsum auf, soll ergänzt werden um den Nachweis über einen zudem längeren Medikamentenkonsum.

Frage 12) an die Psychotherapeuten: Können Sie einen längeren Medikamentenkonsum (Schmerz- und Beruhigungsmittel, Psychopharmaka) bei muslimischen Patienten feststellen (im Vergleich zu nichtmuslimischen)?

Es lässt sich konstatieren, dass bei der Kategorie „Medikamentenkonsum“ eine Überauffälligkeit innerhalb der muslimischen Patientengruppe seitens der Therapeuten wahrgenommen wird. Knapp 66% der Therapeuten geben an, bei muslimischen Klienten einen längeren Medikamentenkonsum feststellen zu können (s. Tab. 42). Es fehlen sieben Angaben.

Tab. 42: Längerer Medikamentenkonsum bei Muslimen aus Sicht der Therapeuten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	48	65,8	72,7	72,7
	Nein	18	24,7	27,3	100,0
	Gesamt	66	90,4	100,0	
Fehlend	System	7	9,6		
Gesamt		73	100,0		

Dabei wird dieser stärkere Medikamentenkonsum unabhängig von der Konfession ($p = 0,167$) und dem muslimischen Anteil am Gesamtpatientenstamm des Psychotherapeuten bestätigt ($p = - 0,107$).

Frage 12) an die ärztlichen Fachgruppen: *Können Sie einen längeren Medikamentenkonsum (Schmerz- und Beruhigungsmittel, Psychopharmaka) bei muslimischen Patienten feststellen (im Vergleich zu nichtmuslimischen)?*

Über 83% der befragten Ärzte geben an, keinen längeren Medikamentenkonsum bei muslimischen Patienten feststellen zu können (s. Tab. 43).

Tab. 43: Längerer Medikamentenkonsum bei Muslimen aus Sicht der Ärzte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	3	12,5	13,0	13,0
	Nein	20	83,3	87,0	100,0
	Gesamt	23	95,8	100,0	
Fehlend	System	1	4,2		
Gesamt		24	100,0		

Auch wird die Aussage, unabhängig davon getroffen, wie viele Patienten muslimischen Glaubens der Befragte in seinem Patientenstamm hat ($p = 0,187$).

Frage 14) an die muslimischen Patienten: *Haben Ihre körperlichen Beschwerden eine psychische Ursache?*

Tab. 44: Anteil muslimischer Patienten, die glauben ihre körperlichen Schmerzen haben eine psychische Ursache?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	108	90,0	97,3	97,3
	Nein	3	2,5	2,7	100,0
	Gesamt	111	92,5	100,0	
Fehlend	System	9	7,5		
Gesamt		120	100,0		

Für den Gutteil der befragten muslimischen Patienten ist dabei offenbar, dass ihre körperlichen Beschwerden eine psychische Ursache haben (Tab. 44).

Frage 16) an die muslimischen Patienten: *Sind Sie wegen ihrer körperlichen Beschwerden zum Hausarzt gegangen?*

Im Zuge dieses Schmerzerlebens sind 95% der muslimischen Patienten zum Arzt gegangen.

Tab. 45: Hausarztkonsultierung der muslimischen Patienten wegen Schmerzen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	114	95,0	96,6	96,6
	Nein	4	3,3	3,4	100,0
	Gesamt	118	98,3	100,0	
Fehlend	System	2	1,7		
Gesamt		120	100,0		

Frage 17) an die muslimischen Patienten: *Hat er Ihnen Medikamente verschrieben?*

Tab. 46: Anteil der muslimischen Patienten, denen Medikamente vom Hausarzt verschrieben wurden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	102	85,0	87,9	87,9
	Nein	14	11,7	12,1	100,0
	Gesamt	116	96,7	100,0	
Fehlend	System	4	3,3		
Gesamt		120	100,0		

Ergebnis dieser Konsultierung war in 85% der Fälle die Verschreibung von Medikamenten. In 17 Fällen waren dies Antidepressiva, in 16 Fällen Schmerzmittel und in 6 Fällen Schlafmittel); (s. Tab. 46).

Frage 18) an die muslimischen Patienten: *Wie lange haben Sie Medikamente genommen?*

Im Durchschnitt beläuft sich die Dauer des Medikamentenkonsums auf 1,77 Jahre. Im längsten Falle wurden Medikamente über einen Zeitraum von fünf Jahren genommen. Die Standardabweichung liegt bei 1,04 Jahren.

Tab. 47: Dauer Medikamenteneinnahme der muslimischen Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Dauer der Medikamenteneinnahme in Jahren	89	10 Tage	5	1,77	1,04
Gültige Werte (Listenweise)	89				

Frage 19) an die muslimischen Patienten: *Nehmen Sie immer noch Medikamente?*

Tab. 48: Andauernde Medikamenteneinnahme der muslimischen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	29	24,2	29,3	29,3
Nein	68	56,7	68,7	98,0
teils teils	2	1,7	2,0	100,0
Gesamt	99	82,5	100,0	
Fehlend System	21	17,5		
Gesamt	120	100,0		

Knapp ein Viertel der Befragten nimmt zum Zeitpunkt der Befragung immer noch Medikamente ein. Dabei ist zu vermerken, dass 17,5% diese Frage nicht beantworteten.

Frage 20) an die muslimischen Patienten: *Helfen Ihnen diese Medikamente?*

Auf die Frage, ob die Medikamente bei der Linderung der Probleme helfen, antworten 45% mit „Nein“ (s. Tab. 49).

Tab. 49: Eindruck der muslimischen Patienten, die Medikamente hülfen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	31	25,8	31,6	31,6
	Nein	54	45,0	55,1	86,7
	teils teils	13	10,8	13,3	100,0
	Gesamt	98	81,7	100,0	
Fehlend	System	22	18,3		
Gesamt		120	100,0		

Frage 21) an die muslimischen Patienten: *Nehmen Sie diese Medikamente mit einem guten oder einem unguen Gefühl?*

Tab. 50: Gefühl der muslimischen Patienten bei der Einnahme der Medikamente

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gutes Gefühl	18	15,0	18,0	18,0
	ungutes Gefühl	82	68,3	82,0	100,0
	Gesamt	100	83,3	100,0	
Fehlend	System	20	16,7		
Gesamt		120	100,0		

Zudem verspürt die große Mehrheit der muslimischen Patienten ein ungutes Gefühl bei der Einnahme der Medikamente (68,3%).

Frage 22) an die muslimischen Patienten: *Hat Ihr Hausarzt Ihnen gesagt, Sie sollen zu einem Psychotherapeuten gehen?*

In knapp 60% der Fälle war es das Anraten des Hausarztes sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben (s. Tab. 51).

Tab. 51: Anteil muslimischer Patienten, die auf Anraten des Hausarztes in die PT kommen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	71	59,2	62,3	62,3
	Nein	43	35,8	37,7	100,0
	Gesamt	114	95,0	100,0	
Fehlend	System	6	5,0		
Gesamt		120	100,0		

Frage 29) an die muslimischen Patienten: *Fühlen Sie sich jetzt nach der Psychotherapie besser?*

Tab. 52: Anteil muslimischer Patienten, die nach der PT Besserung verspüren

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	100	83,3	84,0	84,0
	nein	12	10,0	10,1	94,1
	teils teils	7	5,8	5,9	100,0
	Gesamt	119	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamt		120	100,0		

Frage 13) an die deutschen Patienten: *Haben Ihre körperlichen Beschwerden eine psychische Ursache?*

Von 12 antwortenden Patienten sagen demnach 11, dass ihre eigenen körperlichen Beschwerden einer psychischen Ursache geschuldet sind.

Tab. 53: Anteil der deutschen Patienten, die glauben ihre körperlichen Schmerzen haben eine psychische Ursache

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	11	78,6	91,7	91,7
	Nein	1	7,1	8,3	100,0
	Gesamt	12	85,7	100,0	
Fehlend	System	2	14,3		
Gesamt		14	100,0		

Frage 15) an die deutschen Patienten: *Sind sie wegen ihrer körperlichen Schmerzen zum Hausarzt gegangen?*

Bevor sich die befragten deutschen Patienten in psychotherapeutische Behandlung begaben, konsultierten 85,7% einen Hausarzt (s. Tab. 54).

Tab. 54: Hausarztkonsultierung der deutschen Patienten wegen körperlicher Leiden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	12	85,7	85,7	85,7
	Nein	2	14,3	14,3	100,0
	Gesamt	14	100,0	100,0	

Frage 16) an die deutschen Patienten: *Hat er Ihnen Medikamente verschrieben?*

In 57,1% der Fälle wurde danach eine medikamentöse Behandlung eingeleitet (s. Tab. 55).

Tab. 55: Anteil der deutschen Patienten, denen vom Hausarzt Medikamente verschrieben wurden

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	8	57,1	61,5	61,5
Nein	5	35,7	38,5	100,0
Gesamt	13	92,9	100,0	
Fehlend System	1	7,1		
Gesamt	14	100,0		

Diese Medikamente waren 3 Fällen Schmerzmittel und 2 Fällen Schlafmittel, nur einmal wurden Antidepressiva verschrieben (zwei fehlende Angaben).

Frage 17) an die deutschen Patienten: *Wie lange haben Sie Medikamente genommen?*

Die kürzeste Phase des Medikamentenkonsums beläuft sich auf zwei Monate. Die längste auf neun Jahre. Im Durchschnitt nahmen die befragten deutschen Patienten Medikamente über einen Zeitraum von 1,9 Jahren hinweg (Tab. 56). Anzumerken ist, dass der Wert von neun Jahren einen Ausreißerwert darstellt (siehe Standardabweichung in Tab. 56 und Aufschlüsselung in Tab. 57).

Tab. 56: Dauer der Medikamenteneinnahme der deutschen Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Dauer der Medikamenteneinnahme in Tagen und Jahren	8	60 Tage	9	1,9	3,02
Gültige Werte (Listenweise)	8				

Tab. 57: Dauer der Medikamenteneinnahme der deutschen Patienten (aufgeschlüsselt)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	6	42,9	42,9	42,9
1 Jahr	1	7,1	7,1	50,0
2 Jahre	1	7,1	7,1	57,1
2 Monate	2	14,3	14,3	71,4
3 Jahre	1	7,1	7,1	78,6
3 Monate	2	14,3	14,3	92,9
9 Jahre	1	7,1	7,1	100,0
Gesamt	14	100,0	100,0	

Frage 18) an die deutschen Patienten: *Nehmen Sie immer noch Medikamente?*

Knapp die Hälfte der Antwortenden gibt an, zum Zeitpunkt der Befragung immer noch Medikamente zu nehmen. In sieben Fällen wurden die Medikamente eingestellt (s. Tab. 58).

Tab. 58: Andauernde Medikamenteneinnahme der deutschen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	6	42,9	46,2	46,2
Nein	7	50,0	53,8	100,0
Gesamt	13	92,9	100,0	
Fehlend System	1	7,1		
Gesamt	14	100,0		

Frage 19) an die deutschen Patienten: Helfen Ihnen diese Medikamente?

Sieben Befragte können behaupten, das Medikament hülfe ihnen. In zwei Fällen wird dies verneint. Einer Angabe zufolge ist dies nicht einzuschätzen (s. Tab. 59).

Tab. 59: Eindruck der deutschen Patienten, die Medikamente hülfe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	7	50,0	70,0	70,0
	Nein	2	14,3	20,0	90,0
	Weiß nicht	1	7,1	10,0	100,0
	Gesamt	10	71,4	100,0	
Fehlend	System	4	28,6		
Gesamt		14	100,0		

Frage 20) an die deutschen Patienten: Nehmen Sie diese Medikamente mit einem guten oder einem unguen Gefühl?

Von 11 antwortenden Patienten geben sieben an, sie verspürten ein eher gutes Gefühl bei der Einnahme der Medikamente. Vier hatten ein unguen Gefühl dabei.

Tab. 60: Gefühl der deutschen Patienten bei der Einnahme der Medikamente

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gutes Gefühl	7	50,0	63,6	63,6
	Ungutes Gefühl	4	28,6	36,4	100,0
	Gesamt	11	78,6	100,0	
Fehlend	System	3	21,4		
Gesamt		14	100,0		

Frage 21) an die deutschen Patienten: *Hat Ihr Hausarzt Ihnen gesagt, Sie sollen zu einem Psychotherapeuten gehen?*

In 50% der Fälle wurde die psychotherapeutische Praxis auf Anraten des Hausarztes aufgesucht. In 42,9% stand Eigeninitiative im Vordergrund und in einem einzigen Fall war es eine gemeinsame Entscheidung (s. Tab. 61).

Tab. 61: Anteil der deutschen Patienten, die vom Hausarzt zur PT geschickt wurden

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	7	50,0	50,0	50,0
Nein	6	42,9	42,9	92,9
Teils teils	1	7,1	7,1	100,0
Gesamt	14	100,0	100,0	

Frage 28) an die deutschen Patienten: *Fühlen Sie sich jetzt nach der Psychotherapie besser?*

Tab. 62: Anteil der deutschen Patienten, die nach der Therapie Besserung verspüren

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	12	85,7	92,3	92,3
nein	1	7,1	7,7	100,0
Gesamt	13	92,9	100,0	
Fehlend System	1	7,1		
Gesamt	14	100,0		

Darstellung der Ergebnisse zu Hypothese 2)

Hypothese 2):

Es soll die Leidensphase, also der Zeitraum von Beginn der Erkrankung (physisch und psychisch) bis zu ihrer Linderung erfragt werden. Es wird angenommen, dass diese bei muslimischen Patienten länger ist als bei deutschen Patienten.

Frage 13) an den Psychotherapeuten: Können Sie eine längere Phase von Haus- bzw. Allgemeinarztkonsultationen bei muslimischen Patienten feststellen, bevor diese eine Psychotherapie beginnen (im Vergleich zu nichtmuslimischen)?

Tab. 63: Längere Hausarztkonsultationen von Muslimen aus Sicht der Therapeuten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	49	67,1	73,1	73,1
	Nein	18	24,7	26,9	100,0
	Gesamt	67	91,8	100,0	
Fehlend	System	6	8,2		
Gesamt		73	100,0		

Frage 13) an die ärztlichen Fachgruppen: Können Sie eine längere Phase von Haus- bzw. Allgemeinarztkonsultationen bei muslimischen Patienten feststellen, bevor diese eine Psychotherapie beginnen (im Vergleich zu nichtmuslimischen)?

Tab. 64: Längere Hausarztkonsultationen von Muslimen aus Sicht der Ärzte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	3	12,5	13,6	13,6
	nein	19	79,2	86,4	100,0
	Gesamt	22	91,7	100,0	
Fehlend	System	2	8,3		
Gesamt		24	100,0		

Frage 11) an die muslimischen Patienten: *Wann haben Sie diese [seelischen] Beschwerden zum ersten Mal festgestellt?*

Dabei ist zu sagen, dass die seelischen Leiden im Durchschnitt seit 4,3 Jahren andauern. Mit 21 Jahren ist das Maximum gefunden und ein halbes Jahr ist der Mindestwert in dieser Zeitleiste.

Tab. 65: Beginn seelischer Beschwerden bei den muslimischen Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Wann begannen seel. Beschwerden (in Jahren)	117	0,5	21,0	4,372	3,4241
Gültige Werte (Listenweise)	117				

Frage 13) an die muslimischen Patienten: *Wann haben Sie diese [körperlichen] Beschwerden zum ersten Mal festgestellt?*

Vor durchschnittlich 4, 22 Jahren begannen die körperlichen Leiden der muslimischen Patienten. Der längste Zeitraum erstreckt sich auf 17 Jahre, der kürzeste dabei auf ein halbes Jahr (s. Tab. 66).

Tab. 66: Beginn körperlicher Beschwerden bei den muslimischen Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Wann begannen körperl. Beschwerden (in Jahren)	43	0,5	17	4,22	3,42
Gültige Werte (Listenweise)	43				

Frage 23) an die muslimischen Patienten: *Wie lange war die Zeit zwischen dem ersten Hausarztbesuch wegen Ihrer Probleme und dem Anfang der Psychotherapie?*

Im Mittel dauert es 1,6 Jahre, bis die befragten muslimischen Patienten die Hausarztpraxis verlassen und die psychotherapeutische Praxis aufsuchen (s. Tab. 67).

Tab. 67: Zeitraum bei muslimischen Patienten vom Hausarzt zum Therapeuten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Zeitraum vom Hausarzt zur PT (in Jahren)	107	30 Tage	10	1,61	1,44
Gültige Werte (Listenweise)	107				

Frage 28) an die muslimischen Patienten: *Haben Sie nur eine einzige Therapie durchgeführt? Wenn nein, wie viele?*

Bis zu vier Therapie sind von den Befragten durchgeführt worden. Im Durchschnitt sind es aber weniger als zwei (s. Tab. 68).

Tab. 68: Anzahl der Therapien der muslimischen Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Anzahl der Therapien	108	1	4	1,20	,507
Gültige Werte (Listenweise)	108				

Frage 10) an die deutschen Patienten: *Wann haben Sie diese [seelischen] Beschwerden zum ersten Mal festgestellt?*

Der Mittelwert liegt hierzu bei 8,6 Jahren. Im Maximalfall liegt der Zeitraum bei 25 Jahren (s. Tab. 69).

Tab. 69: Beginn der seelischen Beschwerden bei den deutschen Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Wann begannen seel. Beschwerden (in Jahren)	13	75 Tage	25	8,68	7,90
Gültige Werte (Listenweise)	13				

Frage 12) an die deutschen Patienten: *Wann haben Sie diese [körperlichen] Beschwerden zum ersten Mal festgestellt?*

Mit 6,7 Jahren ist der durchschnittliche Zeitraum der Erduldung körperlicher Beschwerden anzusetzen. 21 Jahre sind hier der Höchstwert.

Tab. 70: Beginn körperlicher Beschwerden bei den deutschen Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Wann begannen körperl Beschwerden (in Jahren)	13	0	21	6,75	6,52
Gültige Werte (Listenweise)	13				

Frage 22) an die deutschen Patienten: *Wie lange war die Zeit zwischen dem ersten Hausarztbesuch wegen Ihrer Probleme und dem Anfang der Psychotherapie?*

Im Durchschnitt erstreckt sich die Zeit von der Hausarztconsultierung bis zur Psychotherapie auf 1,06 Jahre. Der Höchstwert liegt hier bei 9 Jahren (s. Tab. 71).

Tab. 71: Zeitraum bei deutschen Patienten vom Hausarzt zum Therapeuten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Zeitraum von Hausarzt zur PT (in Jahren)	13	14 Tage	9	1,06	2,44
Gültige Werte (Listenweise)	13				

Frage 27) an die deutschen Patienten: *Haben Sie nur eine einzige Therapie durchgeführt? Wenn nein, wie viele?*

Durchschnittlich 1,75 Therapien absolvieren die befragten Patienten. Die Range ist dabei ähnlich der von muslimischen Patienten zwischen 1 und 4 gesteckt.

Tab. 72: Anzahl der Therapien bei deutschen Patienten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Anzahl Therapien	12	1	4	1,75	1,055
Gültige Werte (Listenweise)	12				

Darstellung der Ergebnisse zu Hypothese 3.1)

Hypothese 3.1):

Bei der psychosozialen und hausärztlichen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar. Diese sind begründet in sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten. Diese Verständigungsschwierigkeiten stellen aber nicht die Hauptschwierigkeit in der Psychotherapie und der Arzt – Patienten – Interaktion dar.

Frage 22) an die Psychotherapeuten: *Können Sie das Vorhandensein sprachlicher Barrieren in der Psychotherapie bestätigen?*

Kommt es zu der Frage, ob sprachliche Barrieren während der Therapie von muslimischen Patienten wahrnehmbar sind, so sind sich 63% der befragten Psychotherapeuten solcher Probleme bereits gewahr worden (s. Tab. 73).

Tab. 73: Vorhandensein sprachlicher Barrieren in PT mit Muslimen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	46	63,0	68,7	68,7
	Nein	19	26,0	28,4	97,0
	teils teils	2	2,7	3,0	100,0
	Gesamt	67	91,8	100,0	
Fehlend	System	6	8,2		
Gesamt		73	100,0		

Dabei lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Konfession und den sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten feststellen ($p = 0,329$; zweiseitig signifikant auf dem 0,05 – Niveau). Demnach berichten vor allem die nichtmuslimischen Therapeuten über Verständigungsprobleme. Hingegen ist die Bekundung derartiger Probleme unabhängig vom Anteil der muslimischen Patienten an der Gesamtklientel ($p = 0,116$).

Frage 23) an die Psychotherapeuten: *Würden Sie diese sprachlichen Barrieren als Hauptschwierigkeit im psychotherapeutischen Umgang mit muslimischen Patienten bezeichnen?*

Eine relative Mehrheit der Therapeuten (42,5%) würde diese sprachliche Barriere aber nicht als Hauptschwierigkeit während der Therapie ansehen (s. Tab. 74).

Tab. 74: Sprachbarriere als Hauptschwierigkeit in PT mit Muslimen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	28	38,4	44,4	44,4
	Nein	31	42,5	49,2	93,7
	Teils teils	4	5,5	6,3	100,0
	Gesamt	63	86,3	100,0	
Fehlend	System	10	13,7		
Gesamt		73	100,0		

Dies gilt auch über Konfessionsunterschiede hinweg ($p = 0,043$). Ebenso wenig beeinflusst die Zahl der Muslime in der psychotherapeutischen Praxis die Einschätzung, dass Sprachprobleme nicht das primäre Problem im Umgang mit muslimischen Patienten darstellen ($p = - 0,165$).

Frage 22) an die ärztlichen Fachgruppen: *Gibt es sprachliche Barrieren im Umgang mit muslimischen Patienten?*

Über 90% der befragten Ärzte geben an, sprachliche Verständigung mit Muslimen nur unter Schwierigkeiten herstellen zu können (s. Tab. 75).

Tab. 75: Existenz von sprachlichen Barrieren

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	22	91,7	95,7	95,7
	nein	1	4,2	4,3	100,0
	Gesamt	23	95,8	100,0	
Fehlend	System	1	4,2		
Gesamt		24	100,0		

Frage 23) an die ärztlichen Fachgruppen: *Würden Sie diese Verständigungsschwierigkeiten als Hauptschwierigkeit im Umgang mit muslimischen Patienten bezeichnen?*

Über die Hälfte der befragten Ärzte sagt zudem, dass diese Sprachhürden die hauptsächliche Schwierigkeit im Umgang mit muslimischen Patienten in der eigenen Praxis seien.

Tab. 76: Sprachliche Barrieren als hauptsächliche Schwierigkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	13	54,2	61,9	61,9
	nein	8	33,3	38,1	100,0
	Gesamt	21	87,5	100,0	
Fehlend	System	3	12,5		
Gesamt		24	100,0		

Diese Aussage wird unabhängig vom muslimischen Anteil an der Praxisklientel getroffen ($p = 0,016$).

Frage 43) an die muslimischen Patienten: *Wie war es mit der Sprache? Konnten Sie sich gut mit dem Therapeuten verständigen?*

65% der befragten Muslime geben, an eine gute sprachliche Verständigung mit den Behandelnden gehabt zu haben. Bei 30,8% war dies nicht der Fall.

Tab. 77: Gute Verständigung sprachlich

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	78	65,0	65,5	65,5
	Nein	37	30,8	31,1	96,6
	teils teils	4	3,3	3,4	100,0

	Gesamt	119	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamt		120	100,0		

Dabei ist diese Einschätzung nicht abhängig von der Aufenthaltsdauer des befragten muslimischen Patienten ($\rho = 0,123$).

Fragen 39) und 43) an die muslimischen Patienten: *Würden Sie die Therapie als erfolgreich bezeichnen?* und *Wie war es mit der Sprache? Konnten Sie sich gut mit dem Therapeuten verständigen?*

Dabei ist zu konstatieren, dass es eine marginal unregelmäßige Werteverteilung gibt (s. Tab 78 und 79), ein Zusammenhang ist aber in keiner Richtung laut Test ersichtlich ($\rho = 0,137$).

Tab. 78: Kreuztabelle: Erfolgreiche Therapie und Gute sprachliche Verständigung

		Gute Verständigung sprachlich			
		ja	nein	Teils teils	Gesamt
Therapie erfolgreich	ja	70	23	4	97
	nein	3	13	0	16
	teils teils	4	1	0	5
	Gesamt	77	37	4	118

Tab. 79: Statistik für Test

	Therapie erfolgreich	Gute Verständigung sprachlich
Chi-Quadrat	130,202 ^a	69,294 ^a
Df	2	2
Asymptotische Signifikanz	,000	,000

a. Bei 0 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet.

Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 39,7.

Darstellung der Ergebnisse zu Hypothese 3.2)

Hypothese 3.2):

Bei der psychosozialen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar. Diese sind begründet in einem differierenden (weil ganzheitlichen) Verständnis von Körper, Geist und Seele und deshalb einer differierenden Wahrnehmung und Deutung von (insbesondere) psychischer Krankheit auf Seiten der muslimischen Patienten.

Frage 9) an die Psychotherapeuten: *Welche Störungsbilder herrschen bei muslimischen Patienten vor?*

Nur in drei Fällen tritt eine singuläre Diagnose auf, in 55 Fällen hingegen eine Mehrfachdiagnose, die sich auf mindestens zwei der drei abgefragten Störungsbilder (Depression, Angst, Anpassungsstörung) verteilt (s. Tab. 80).

Tab. 80: Häufigste Diagnose muslimischer Patienten aus Sicht der PT

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Depression	1	1,4	1,7	1,7
Angststörung	1	1,4	1,7	3,3
Anpassungsstörung	1	1,4	1,7	5,0
mehrere Störungen	55	75,3	91,7	96,7
Sonstiges	2	2,7	3,3	100,0
Gesamt	60	82,2	100,0	
Fehlend				
System	13	17,8		
Gesamt	73	100,0		

Frage 10) an die Psychotherapeuten: *Können Sie unterschiedliche Störungsbilder bei muslimischen (im Vergleich zu nichtmuslimischen) Patienten feststellen?*

Tab. 81: Feststellung unterschiedliche Störungsbilder zw. Muslimen u. Nichtmuslimen aus Sicht der PT

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	21	28,8	32,3	32,3
	Nein	44	60,3	67,7	100,0
	Gesamt	65	89,0	100,0	
Fehlend	System	8	11,0		
Gesamt		73	100,0		

Die Frage, ob es unterschiedliche Diagnosen bei muslimischen und nichtmuslimischen (Tab. 81) Patienten gäbe, wurde ferner mehrheitlich und über Konfessionsunterschiede der Therapeuten hinweg verneint.

Für die muslimischen Patienten wurde demnach eine stärkere Prävalenz von Zwangsstörungen (N = 3), Angsterkrankungen und Depressionen (jeweils N = 2) konstatiert.

Diese Einschätzung wird ohne Zusammenhang mit der Konfession ($p = 0,064$) oder dem muslimischen Anteil am Patientenstamm ($p = - 0,177$) geäußert.

Frage 11) an die Psychotherapeuten: *Können Sie Unterschiede in der Wahrnehmung der eigenen Krankheit bei muslimischen Patienten im Vergleich zu nichtmuslimischen Patienten ausmachen?*

Hier liegt der Anteil der Therapeuten, die Unterschiede ausmachen können, bei 43,8%, während 49,3% der Meinung sind, keine Unterschiede ausmachen zu können.

Tab. 82: Feststellung von Unterschieden in der Wahrnehmung der eigenen Krankheit bei Muslimen im Vergleich zu Nichtmuslimen aus Sicht der PT

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	32	43,8	47,1	47,1
	Nein	36	49,3	52,9	100,0

	Gesamt	68	93,2	100,0	
Fehlend	System	5	6,8		
Gesamt		73	100,0		

Diese Unterschiede werden von 43, 8% der Therapeuten in Passivität gegenüber der Krankheit (N = 2), einer stärkeren Somatisierung und der weltbildlichen Einordnung in Gut und Böse (jeweils N = 1) gesehen.

Angemerkt werden muss hingegen, dass das Feststellen von Unterschieden einen Zusammenhang mit dem in Behandlung stehenden muslimischen Anteil aufweist ($p = - 0, 263$; zweiseitig signifikant auf dem 0,05 - Niveau). Je weniger Patienten muslimischen Glaubens behandelt wurden, desto eher neigen Psychotherapeuten also dazu, die Unterschiede zu negieren.

Frage 9) an ärztliche Fachgruppen: *Welche Krankheitsbilder herrschen bei muslimischen Patienten vor?*

Hier sind es Somatisierungserscheinungen und depressive Symptome, die zuvorderst genannt werden (s. Tab 83).

Tab. 83: Krankheitsbilder von muslimischen Patienten aus Sicht der Ärzte

Somatisierung	7
Depression	3
keine Auffälligkeiten	2
Anpassungsstörung	1
Identitätsstörung	1
Kreislaufprobleme	1
Herzprobleme	1
Kopfschmerzen	1
Übergewicht	1
chronische Schmerzen	1
Asthma	1

Frage 10) an ärztliche Fachgruppen: *Gibt es hinsichtlich der Krankheitsbilder Unterschiede zwischen muslimischen und nicht-muslimischen Patienten?*

Mehr als 62% der befragten Ärzte verneinen die Existenz von unterschiedlichen Krankheitsbildern bei muslimischen Patienten und 20,8% können diese bekunden (s. Tab. 84). Diese wird zudem ohne Zusammenhang mit dem muslimischen Anteil an der Gesamtheit der in Behandlung stehenden Patienten getroffen ($p = 0,131$).

Tab. 84: Feststellung unterschiedliche Störungsbilder aus Sicht der Ärzte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	5	20,8	25,0	25,0
	Nein	15	62,5	75,0	100,0
	Gesamt	20	83,3	100,0	
Fehlend	System	4	16,7		
Gesamt		24	100,0		

Genannt worden sind hierbei ein stärkeres Vorkommen von Depressionssymptomatik und Identitätsstörungen bei Frauen (jeweils $N = 1$)

Frage 11) an die ärztlichen Fachgruppen: *Können Sie Unterschiede in der Wahrnehmung der eigenen Krankheit zwischen muslimischen und nichtmuslimischen Patienten feststellen?*

Unterschiede in der Wahrnehmung von Krankheit durch Muslime wird indes von einer relativen Mehrheit (45,8%) bejaht (s. Tab. 85). Einen Zusammenhang zwischen muslimischem Anteil in der Praxis und der Bejahung von Wahrnehmungsunterschieden bleibt aus ($p = - 0,135$).

Tab. 85: Feststellung von Unterschieden in der eigenen Wahrnehmung von Krankheiten bei muslimischen Patienten aus Sicht der Ärzte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	11	45,8	52,4	52,4
	nein	10	41,7	47,6	100,0
	Gesamt	21	87,5	100,0	
Fehlend	System	3	12,5		
Gesamt		24	100,0		

Frage 11a) an die ärztlichen Fachgruppen: Wenn ja, welche?

Tab. 86: Benennung der Wahrnehmungsunterschiede durch die Ärzte

Anderes Verhältnis zum Körper	4
Ablehnung psychologischer Faktoren	3
magisches Denken	2
Patienten suchen eher psychosomatischen Zusammenhang	2

Frage 15) an die muslimischen Patienten: Können Sie sich vorstellen, dass ein körperlicher Schmerz eine seelische Ursache haben kann?

88,3% der befragten Muslime können sich vorstellen, dass die Psyche den Körper beeinflusst (s. Tab. 87).

Tab. 87: Anteil der muslimischen Patienten, die sich vorstellen können, dass ein körperl. Schmerz eine psychische Ursache haben kann

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	106	88,3	91,4	91,4
	nein	10	8,3	8,6	100,0
	Gesamt	116	96,7	100,0	
Fehlend	System	4	3,3		
Gesamt		120	100,0		

Frage 14) an die muslimischen Patienten: *Haben Ihre körperlichen Beschwerden eine psychische Ursache?*

Für den Gutteil der befragten muslimischen Patienten ist dabei offenbar, dass ihre körperlichen Beschwerden eine psychische Ursache haben.

Tab. 88: Anteil der muslimischen Patienten, die glauben, ihre eigenen körperl. Beschwerden haben eine psychische Ursache

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	108	90,0	97,3	97,3
	Nein	3	2,5	2,7	100,0
	Gesamt	111	92,5	100,0	
Fehlend	System	9	7,5		
Gesamt		120	100,0		

Frage 34) an die muslimischen Patienten: *Wie dachten Sie über Ihre Krankheit?*

Wird nach der Meinung der muslimischen Patienten über ihre Krankheit vor Beginn der Therapie gefragt, ergibt sich folgendes Tableau:

Tab. 89: Meinung der muslimischen Patienten über ihre seel. Krankheit vor Beginn der PT

Krankheit wird nie aufhören	29
Schlechte Meinung	12
gar keine Meinung	7
Angst	6
Verrückt	5
Alleine bleiben wegen Krankheit	4
Krankheit bringt einem um	4
nicht gut	4
keine Krankheit	2
Krankheit Einzelfall	2
nicht heilbar	2
Therapie hilft	2

gesund bleiben	1
Glauben an das, was Hausarzt gesagt hat	1
Hilflos	1
ist okay	1
Krankheit kostet Zeit	1
Krankheit lässt von selbst nach	1
man muss kämpfen	1
mehr Freunde	1
Therapie ist Hilfe zur Selbsthilfe	1
Traurig	1

Frage 35) an die muslimischen Patienten: *Wie denken Sie jetzt darüber?*

Für die Zeit während der Therapie und danach zeigt sich ein verändertes Meinungsbild (s. Tab. 90).

Tab. 90: Meinung der muslimischen Patienten über ihre seel. Krankheit nach Beginn der PT

Besserung durch Therapie	16
Gut	15
Besserer Umgang mit Krankheit	12
gar keine	6
Schlechte Meinung	4
"Ich muss das ändern"	3
Muss stark sein	2
Normalität	2
Genau so wie vorher	1
Hatte Angst	1
Keine Angst	1
Nicht heilbar	1
Therapie wichtig	1

Frage 14) an die deutschen Patienten: *Können Sie sich vorstellen, dass ein körperlicher Schmerz eine psychische Ursache haben kann?*

Alle Befragten können sich vorstellen, dass körperliche Schmerzen eine seelische Ursache haben können (s. Tab. 91).

Tab. 91: Anteil der deutschen Patienten, die sich vorstellen können, dass ein körperl. Schmerz eine psychische Ursache hat

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	14	100,0	100,0	100,0

Frage 13) an die deutschen Patienten: *Haben Ihre körperlichen Beschwerden eine psychische Ursache?*

Von 12 antwortenden Patienten sagen demnach 11, dass ihre eigenen körperlichen Beschwerden einer psychischen Ursache geschuldet sind.

Tab. 92: Anteil der deutschen Patienten, die glauben ihre körperlichen Schmerzen haben eine psychische Ursache

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	11	78,6	91,7	91,7
Nein	1	7,1	8,3	100,0
Gesamt	12	85,7	100,0	
Fehlend System	2	14,3		
Gesamt	14	100,0		

Frage 33) an die deutschen Patienten: *Wie dachten Sie über Ihre Krankheit?*

Bei den deutschen Patienten zeigt sich vor allem die Erkenntnis, dass die Krankheit allein nicht zu lindern ist (s. Tab. 93).

Tab. 93: Meinung der deutschen Patienten über ihre seel. Krankheit vor Beginn der PT

Krankheit alleine nicht bezwingbar	3
behindert in allen Lebenslagen	2
Angst, dass Krankheit überhand nimmt	1
Krankheit eher unbekannt	1
Krankheit heilbar	1

Krankheit unheilbar	1
Negativ	1
Verdrängung	1
Warum ich?	1

Frage 34) an die deutschen Patienten: *Wie denken Sie jetzt darüber?*

Nach Beginn der Therapie offenbart sich dem Beobachter ein überwiegend positives Meinungsbild (s. Tab. 94).

Tab. 94: Meinung der muslimischen Patienten über ihre seel. Krankheit vor Beginn der PT

Heilbar	2
keine Beeinträchtigung mehr	2
Krankheit zu bewältigen	2
darüber sprechen hilft	1
Krankheit als Chance	1
Krankheit nicht rein durch Therapie heilbar	1
Positiv	1
Richtige Wahl	1

Darstellung der Ergebnisse zu Hypothese 3.3)

Hypothese 3.3):

Bei der psychosozialen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar. Diese sind begründet in einer differierenden, weil erhöhten Erwartungshaltung an den Behandelnden (Psychotherapeut bzw. Arzt) auf Seiten der muslimischen Patienten.

Frage 8) an die Psychotherapeuten: *Können Sie eine höhere Erwartungshaltung an Sie als Psychotherapeut seitens der muslimischen Patienten (im Vergleich zu nichtmuslimischen Patienten) feststellen?*

Während insgesamt die Frage verneint wird, sind es wieder mehrheitlich die muslimischen Therapeuten, die mit „Ja“ antworten. Ein korrelativer Zusammenhang liegt hingegen nicht vor ($p = - 0,080$).

Tab. 95: Feststellung einer höheren Erwartungshaltung gegenüber PT von Muslimen als von Nichtmuslimen aus Sicht der Therapeuten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	28	38,4	41,8	41,8
Nein	39	53,4	58,2	100,0
Gesamt	67	91,8	100,0	
Fehlend System	6	8,2		
Gesamt	73	100,0		

Hingegen sind ebenso die islamerfahrenen Psychotherapeuten (also diejenigen, die einen hohen muslimischen Patientenanteil haben) signifikant eher bereit, diese Frage zu bejahen ($p = - 0,323$; zweiseitig signifikant auf dem 0,01 –Niveau).

Frage 8) an die ärztlichen Fachgruppen: *Können Sie eine höhere Erwartungshaltung an Sie als Arzt seitens der muslimischen Patienten (im Vergleich zu nichtmuslimischen Patienten) feststellen?*

62,5% der befragten Ärzte verneint diese Frage, während nur knapp ein Drittel sie bejaht. Es gibt diesmal keinen Zusammenhang zwischen dem muslimischen Patientenanteil und der Antwortrichtung ($p = 0,078$).

Tab. 96: Feststellung einer höheren Erwartungshaltung gegenüber PT von Muslimen als von Nichtmuslimen aus Sicht der Ärzte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	7	29,2	31,8	31,8
nein	15	62,5	68,2	100,0
Gesamt	22	91,7	100,0	

Fehlend	System	2	8,3		
Gesamt		24	100,0		

Frage 26) an die muslimischen Patienten: *Welche Erwartungen hatten Sie von der Therapie vor Beginn der Therapie?*

Allen voran steht die Aussicht auf Besserung, die sich die Patienten erwarten gefolgt von einem normalen Leben (s. Tab. 97).

Tab. 97: Erwartungen der muslimischen Patienten von der PT

Besserung	68
normales Leben	4
wollte nicht hingehen	2
Gut	1
letzte Hoffnung	1
mehr Selbstbewusstsein	1
PT arbeitet ohne Medikamente	1
schnelle Hilfe	1
Therapie zwecklos	1

Frage 27) an die muslimischen Patienten: *Sind Ihre Erwartungen erfüllt worden?*

In 74,2% der Fälle sind die Erwartungen, die die muslimischen Patienten an die Psychotherapie knüpften, erfüllt worden, 10,8% sagen, die Erwartungen seien nicht erfüllt worden, 2,5% geben eine teilweise Erwartungserfüllung an (s. Tab. 98).

Tab. 98: Erwartungserfüllung aus Sicht der muslimischen Patienten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	89	74,2	84,8	84,8
	Nein	13	10,8	12,4	97,1

	teils teils	3	2,5	2,9	100,0
	Gesamt	105	87,5	100,0	
Fehlend	System	15	12,5		
Gesamt		120	100,0		

Frage 25) an die deutschen Patienten: *Welche Erwartungen hatten Sie von der Therapie?*

Für die deutschen Patienten war es ebenso überwiegend die Hoffnung auf Besserung, die sie mit der Psychotherapie verbanden. Danach schließt sich die Hilfe zur Selbsthilfe an, die in der Therapie gegeben werden soll (s. Tab. 99).

Tab. 99: Erwartungen der Deutschen

Besserung	6
Hilfe zur Selbsthilfe	5
Man sieht Krankheit aus einem anderen Blickwinkel	2
Hilfe für den Alltag	1

Frage 26) an die deutschen Patienten: *Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?*

Von 85,7% der Befragten wurde gesagt, die Erwartungen seien erfüllt worden, zwei Nennungen fehlen hierzu (s. Tab. 100).

Tab. 100: Erwartungen erfüllt?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	12	85,7	100,0	100,0
Fehlend System	2	14,3		
Gesamt	14	100,0		

Darstellung der Ergebnisse zu Hypothese 3.4)

Hypothese 3.4):

Bei der psychosozialen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar. Diese sind begründet in besonderen Schwierigkeiten bei der Vertrauensbildung im Umgang mit muslimischen Patienten. Auf der Seite der Patienten müssten demnach höhere Hemmschwellen und ein allgemeines Unbehagen während der Therapie nachzuweisen sein.

Frage 16) an die Psychotherapeuten: *Können Sie besondere Schwierigkeiten bei der Vertrauensbildung im Umgang mit muslimischen Patienten (im Vergleich zu nichtmuslimischen Patienten) feststellen?*

Immerhin 37% der Befragten geben an, besondere Schwierigkeiten bei der Bildung von Vertrauen zu muslimischen Klienten festgestellt zu haben (s. Tab. 101).

Tab. 101: Besondere Schwierigkeit bei der Vertrauensbildung mit Muslimen aus Sicht der Therapeuten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	27	37,0	40,3	40,3
	Nein	40	54,8	59,7	100,0
	Gesamt	67	91,8	100,0	
Fehlend	System	6	8,2		
Gesamt		73	100,0		

Die Antworten verteilen sich dabei nicht signifikant auf die Konfession oder den muslimische Anteil in der Praxis des Psychotherapeuten.

Frage 16 an die ärztlichen Fachgruppen: *Können Sie besondere Schwierigkeiten bei der Vertrauensbildung im Umgang mit muslimischen Patienten (im Vergleich zu nichtmuslimischen Patienten) feststellen?*

Tab. 102: Besondere Schwierigkeit bei der Vertrauensbildung mit Muslimen aus Sicht der Ärzte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	6	25,0	30,0	30,0
	Nein	14	58,3	70,0	100,0
	Gesamt	20	83,3	100,0	
Fehlend	System	4	16,7		
Gesamt		24	100,0		

Frage 36) an die muslimischen Patienten: *Haben Sie Angst oder Hemmungen, mit jemandem über Ihre Probleme zu reden?*

Tab. 103: Anteil der muslimischen Patienten, der Angst/Hemmungen hat, über Probleme zu reden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	68	56,7	57,6	57,6
	Nein	50	41,7	42,4	100,0
	Gesamt	118	98,3	100,0	
Fehlend	System	2	1,7		
Gesamt		120	100,0		

Frage 37) an die muslimischen Patienten: *Wie haben Sie sich während der Psychotherapie gefühlt?*

Die Befragten geben mehrheitlich an, sich „wohl“ (50%) bzw. „sehr wohl“ (19,2%) gefühlt zu haben. Auf der anderen Seite legt ein Viertel der muslimischen Patienten offen, sich „unwohl“ während des Therapieverlaufs gefühlt zu haben. „Sehr unwohl“ wurde nur von 2,5% der Befragten angegeben (s. Tab. 104).

Tab. 104: Befinden in der Therapie aus Sicht der muslimischen Patienten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr wohl	23	19,2	19,8	19,8
	Wohl	60	50,0	51,7	71,6
	Unwohl	30	25	25,9	97,4
	sehr unwohl	3	2,5	2,6	100,0
	Gesamt	116	96,7	100,0	
Fehlend	System	4	3,3		
Gesamt		120	100,0		

Frage 35) an die deutschen Patienten: *Haben Sie Angst oder Hemmungen, mit jemandem über Ihre Probleme zu reden?*

35,7% der deutschen Patienten geben an, Ängste und Hemmungen zu verspüren, wenn es um die Thematisierung ihrer seelischen Leiden im Gespräch mit anderen geht. 64,3% sagen, sie kennen diese Hemmungen nicht (s. Tab. 105).

Tab. 105: Anteil der deutschen Patienten, der Angst/Hemmungen hat, über Probleme zu reden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	5	35,7	35,7	35,7
	Nein	9	64,3	64,3	100,0
	Gesamt	14	100,0	100,0	

Frage 36) an die deutschen Patienten: *Wie haben Sie sich selbst in der Therapie gefühlt?*

Weit über die Hälfte der Befragten gibt an, sich während der Therapie „sehr wohl“ bzw. „wohl“ gefühlt zu haben. Für 21,4% ist dieses Gefühl als „unwohl“ zu beschreiben. Die Kategorie „sehr unwohl“ wurde nicht wahrgenommen (s. Tab. 106).

Tab. 106: Befinden in der Therapie aus Sicht der deutschen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
sehr wohl	2	14,3	18,2	18,2
Wohl	6	42,9	54,5	72,7
Unwohl	3	21,4	27,3	100,0
Gesamt	11	78,6	100,0	
Fehlend				
System	3	21,4		
Gesamt	14	100,0		

Darstellung der Ergebnisse zu Hypothese 3.5)

Hypothese 3.5):

Bei der psychosozialen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar. Diese sind begründet im Vorhandensein einer Reihe von kulturspezifischen Konfliktfeldern und Tabuthemen.

Frage 18) an die Psychotherapeuten: *Können Sie kulturspezifische Konfliktfelder bei muslimischen Patienten (im Vergleich zu nichtmuslimischen Patienten) feststellen?*

Dabei ist festzuhalten, dass nur eine Minderheit (41,1%) der Therapeuten kulturspezifische Konfliktfelder bei Muslimen ausmachen konnte (s. Tab. 107).

Tab. 107: Feststellung von kulturspezifischen Konfliktfelder bei Muslimen durch die Therapeuten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	30	41,1	45,5	45,5
Nein	36	49,3	54,5	100,0
Gesamt	66	90,4	100,0	
Fehlend System	7	9,6		
Gesamt	73	100,0		

Frage 18a) an die Psychotherapeuten: Wenn ja, welche?

Zu diesen Konfliktfeldern gehörte mit 12 Nennungen das Themengebiet „Individualität“, gefolgt vom Thema „Gewalt“ (N = 11) und dem kulturspezifischen Frauenverständnis (N = 4); (s. Tab. 108).

Tab. 108: Konfliktfelder bei Muslimen aus Sicht der Therapeuten

Individualität	12
Auseinandersetzen mit Gewalt	11
Frauenverständnis	4
Interpretationskonflikte	2
Abgrenzung	1
Autonomie	1
Depressionen	1
Druck der Gesellschaft	1
Ehrenverständnis	1
Einmischung	1
Einsamkeit	1
Erwartungen der Gesellschaft	1
Geisterwelt	1
Konflikt zwischen dem psychischen Apparat nach Freud	1

Kurden-Türken	1
Mutterrolle	1
Nein-Sagen-können	1
Religion/Tradition	1
Sexualität	1
Umgang mit Gewalt	1

Dabei werden diese Konfliktfelder laut Test unabhängig von der Konfession des Psychotherapeuten festgestellt. Der muslimische Anteil scheint aber eine Rolle zu spielen ($p = - 0,274$; zweiseitig signifikant auf dem 0,05 – Niveau).

Frage 19) an die Psychotherapeuten: *Können Sie kulturspezifische Tabuthemen bei muslimischen Patienten (im Vergleich zu nichtmuslimischen Patienten) feststellen?*

Bei der Kategorie „Tabuthemen“ ist festzustellen, dass klare Mehrheitsmeinungen vorherrschen. Bei den kulturspezifischen Tabuthemen antworten über 63% der befragten Therapeuten mit „Ja“ (s. Tab. 25 und 26).

Tab. 109: Feststellung von kulturspezifischen Tabuthemen bei Muslimen durch die Therapeuten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	46	63,0	71,9	71,9
Nein	18	24,7	28,1	100,0
Gesamt	64	87,7	100,0	
Fehlend System	9	12,3		
Gesamt	73	100,0		

Frage 19a) an die Psychotherapeuten: *Wenn ja, welche?*

Dabei steht das Thema „Sexualität“ mit 29 Nennungen ganz oben, gefolgt von Emanzipation der Frau und Homosexualität (s. Tab. 110).

Tab. 110: kulturspezifische Tabuthemen aus Sicht der Therapeuten

Sexualität	29
Emanzipation	2
Homosexualität	2
Dolmetscher	1
Geduld	1
Glaube an Gott	1
Intolleranz gegenüber anderen Religionen	1
Kontrollverlust	1
Missbrauch	1
Normenverstöße	1

Frage 18) an die ärztlichen Fachgruppen: *Können Sie kulturspezifische Konfliktfelder bei muslimischen Patienten (im Vergleich zu nichtmuslimischen Patienten) feststellen?*

Eine relative Mehrheit von 45,8% kann diese kulturspezifischen Konfliktfelder feststellen (s. Tab. 111).

Tab. 111: Feststellung von kulturspezifischen Konfliktfelder bei Muslimen durch die Ärzte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	11	45,8	52,4	52,4
	Nein	10	41,7	47,6	100,0
	Gesamt	21	87,5	100,0	
Fehlend	System	3	12,5		
Gesamt		24	100,0		

Frage 18a) an die ärztlichen Fachgruppen: *Wenn ja, welche?*

Dabei ist die Rolle der Frau bei muslimischen Patienten der Aussage zweier Ärzte zufolge ein Feld, auf dem Konflikte entstehen, weitere Angaben wurden mit einer Nennung gemacht (s. Tab. 112)

Tab. 112: kulturspezifische Konfliktfelder aus Sicht der Ärzte

Frauenrolle	2
Ablehnung psychologischer Faktoren	1
ambivalente Sexualitätsmoral	1
Angst	1
Kinderlosigkeit	1
Kontakte	1
Ramadan	1
Rollenverteilung in der Familie	1
Scham	1
somatische	1
Therapie	1
Treue	1

Frage 19) an die ärztlichen Fachgruppen: *Können Sie kulturspezifische Tabuthemen bei muslimischen Patienten (im Vergleich zu nichtmuslimischen Patienten) feststellen?*

Für 41,7% der befragten Ärzte sind kulturspezifische Tabuthemen nachweisbar.

Ein Drittel verneint die Existenz dieser Tabuthemen. Der muslimische Anteil hat auf die Antworten keinen Einfluss.

Tab. 113: Feststellung von kulturspezifischen Tabuthemen bei Muslimen durch die Ärzte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	10	41,7	55,6	55,6
nein	8	33,3	44,4	100,0
Gesamt	18	75,0	100,0	
Fehlend System	6	25,0		
Gesamt	24	100,0		

Frage 19a) an die ärztlichen Fachgruppen: *Wenn ja, welche?*

Ähnlich der Antworten der Therapeuten ist es hier auch die Sexualität, die diese Liste anführt (s. Tab. 114).

Tab. 114: kulturspezifische Tabuthemen aus Sicht der Ärzte

Sexualität	13
Toleranz	2
Glaube	1
Treue	1
Unterdrückung der Frau	1
Frauenrolle	1

Darstellung der Ergebnisse zu Hypothese 3.6)

Hypothese 3.6):

Bei der psychosozialen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar. Diese sind begründet in einem in einem therapieadversen sozialen Umfeld. Angenommen wird, dass sich muslimische Patienten seltener als deutschen Patienten mit ihrem Umfeld über die eigene Erkrankung und Behandlung austauschen und dass die Äußerungen des Umfelds zu Erkrankung und Psychotherapie häufiger negativ ausfallen als bei deutschen Patienten.

Frage 30) an die muslimischen Patienten: *Weiß ihre Familie von ihrer Krankheit und der Therapie?*

Bei 59,2% hat die Familie Kenntnis von der seelischen Erkrankung des Patienten. In 37,5% der muslimischen Fälle weiß die Familie nichts davon (s. Tab. 115).

Tab. 115: Kenntnis der Familie des muslimischen Patienten von der Krankheit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	71	59,2	61,2	61,2
	Nein	45	37,5	38,8	100,0
	Gesamt	116	96,7	100,0	
Fehlend	System	4	3,3		
Gesamt		120	100,0		

Frage 31) an die muslimischen Patienten: *Haben Sie auch mit anderen Personen über ihre Krankheit und Therapie geredet?*

54,6% der Muslime geben an, auch mit Personen außerhalb der Familie geredet zu haben. 45% haben dies nicht (s. Tab. 116).

Tab. 116: Konversation der muslimischen Patienten über Krankheit und Therapie

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	65	54,2	54,6	54,6
	Nein	54	45,0	45,4	100,0
	Gesamt	119	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamt		120	100,0		

Frage 32) an die muslimischen Patienten: *Wie haben sich die Personen (Familie und sonstige) überwiegend zu ihrer Entscheidung eine Psychotherapie zu machen, geäußert?*

Tab. 117: Äußerungen des Umfelds über die Psychotherapie des muslimischen Patienten

Therapie hilft	13
Unterstützung	11
nur gut	10
Kritik	3
Besorgt	2
Respekt vor Therapie	2
Verständnisvoll	1
war traurig	1
wussten schon vorher davon	1
Zurückhaltend	1

Frage 33) an die muslimischen Patienten: *Haben Sie jemanden, mit dem sie über Ihre psychischen Probleme reden können?*

In 64,2% der muslimischen Fälle ist ein Ansprechpartner für die psychosozialen Probleme vorhanden, in gut einem Viertel der Fälle nicht (s. Tab. 118).

Tab. 118: Vorhandensein eines Ansprechpartners für Probleme bei muslimischen Patienten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	77	64,2	71,3	71,3
	Nein	31	25,8	28,7	100,0
	Gesamt	108	90,0	100,0	
Fehlend	System	12	10,0		
Gesamt		120	100,0		

Frage 29) an die deutschen Patienten: *Weiß ihre Familie von ihrer Krankheit und der Therapie?*

78,6% der deutschen Patienten geben an, ihre Familie über die psychischen Probleme in Kenntnis gesetzt zu haben. Nur ein Fall liegt vor, bei dem die Familie nicht davon weiß. In zwei Fällen ist das familiäre Umfeld teilweise darüber informiert (s. Tab. 119).

Tab. 119: Kenntnis der Familie von der Krankheit der deutschen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	11	78,6	78,6	78,6
Nein	1	7,1	7,1	85,7
teils teils	2	14,3	14,3	100,0
Gesamt	14	100,0	100,0	

Frage 30) an die deutschen Patienten: *Haben Sie sich mit anderen Personen (außerhalb ihrer Familie) über ihre Krankheit und die Therapie unterhalten?*

Tab. 120: Konversation über Therapie

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	14	100,0	100,0	100,0

Alle Befragten indes sagen, sie hätten bereits über ihre Krankheit mit anderen (außerhalb der Familie stehenden) Personen gesprochen (s. Tab. 120).

Frage 31) an die deutschen Patienten: *Wie haben sich die Personen (Familie und sonstige) überwiegend zu ihrer Entscheidung eine Psychotherapie zu machen, geäußert?*

Die Äußerungen, die in diesem Zusammenhang gefallen sind, sind überwiegend positiv (s. Tab. 121).

Tab. 121: Äußerungen

Positiv	9
alles Quatsch	1
Mitleid	1
teils teils	1
Unterstützung	1
Verständnis	1

Frage 32) an die deutschen Patienten: *Haben Sie jemanden, mit dem sie über Ihre psychischen Probleme reden können?*

Für 85,7% der deutschen Befragten ist ein Ansprechpartner vorhanden. Zwei Patienten können darauf nicht zurückgreifen.

Tab. 122: Ansprechpartner für Probleme vorhanden

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	12	85,7	85,7	85,7
Nein	2	14,3	14,3	100,0
Gesamt	14	100,0	100,0	

Darstellung der Ergebnisse zu Hypothese 4)

Hypothese 4):

Zu den Ursachen dieser Versorgungsdefizite gehören außerdem Lücken in der Information um interkulturelle psychotherapeutische Konzepte sowie in der Informationslage über die muslimische Lebenswelt auf Seiten der Therapeuten und Ärzte. Auf Seiten der muslimischen Patienten herrscht eine negative Voreingenommenheit gegenüber der Psychotherapie.

Frage 36) an die Psychotherapeuten: *Kennen Sie die Sonnenberger Leitlinien?*

Die Frage, nach der Kenntnis um die Sonnenberger Leitlinien nimmt dabei eine zentrale Stellung ein, da hier der umfassendste Versuch unternommen wurde, die psychosoziale Versorgung von Patienten mit migratorischem Hintergrund konstruktiv zu kritisieren.

Dabei lässt sich festhalten, dass nur etwa 15% der Befragten angeben, von diesem „Manifest“ gehört zu haben (s. Tab. 123).

Tab. 123: Kenntnisnahme der Therapeuten von den Sonnenberger Leitlinien

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	11	15,1	16,7	16,7
	Nein	55	75,3	83,3	100,0
	Gesamt	66	90,4	100,0	
Fehlend	System	7	9,6		
Gesamt		73	100,0		

Es sind überwiegend die muslimischen Therapeuten, die angeben, davon gehört zu haben (s. Tab. 124 und 125).

Tab. 124: Kreuztabelle: Konfession der Therapeuten und Kenntnis der Sonnenberger Leitlinien

		Sonnenberger Leitlinien		
		Ja	Nein	Gesamt
Konfession	Röm.kath.	2	13	15
	evang.	1	14	15
	muslimisch	3	9	12
	Keine	1	3	4
	Gesamt	7	39	46

Tab. 125: Statistik für Test

	Konfession	Sonnenberger Leitlinien
Chi-Quadrat	7,906 ^a	29,333 ^b
Df	3	1
Asymptotische Signifikanz	,048	,000
Exakte Signifikanz	,049	,000
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,005	,000

a. Bei 0 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 13,3.

b. Bei 0 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 33,0.

Frage 30) an die Psychotherapeuten: *Würden Sie sich bezüglich der muslimischen Lebensweise und Kultur als ausreichend informiert einschätzen?*

Zur allgemeinen Frage, ob sich Therapeuten informiert einschätzen, äußern sich 68,5% negativ (s. Tab. 45).

Tab. 126: Selbsteinschätzung der Therapeuten, ausreichend über Muslime informiert zu sein

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Ja	16	21,9	23,9	23,9
Nein	50	68,5	74,6	98,5
teils teils	1	1,4	1,5	100,0
Gesamt	67	91,8	100,0	
Fehlend				
System	6	8,2		
Gesamt	73	100,0		

Dabei ist festzuhalten, dass es vor allem die nichtmuslimischen Psychotherapeuten sind, die ihre Unkenntnis eingestehen ($\rho = - 0,462$). Ein

Umstand, der nicht überrascht. Hingegen verwundert, dass immerhin fünf der 12 muslimischen Angaben offen legen, dass sie zu wenig über die Lebensweise von Muslimen informiert sind (s. Tab. 127).

Tab. 127: Kreuztabelle: Konfession des Therapeuten und Selbsteinschätzung der Therapeuten, ausreichend über Muslime informiert zu sein

		Gefühl, ausreichend über Muslime informiert zu sein			
		Ja	Nein	teils teils	Gesamt
Konfession	röm.kath.	1	15	0	16
	evang.	0	14	1	15
	muslimisch	7	5	0	12
	Keine	2	2	0	4
	Gesamt	10	36	1	47

Frage 35) an die Psychotherapeuten: *Würden Sie einen psychotherapeutischen Ratgeber zur kultursensiblen Behandlung muslimischer Patienten für notwendig erachten?*

Dementsprechend groß ist der Zuspruch den ein Ratgeber zur psychosozialen Versorgung und vor allem zur Psychotherapie von Muslimen (konfessionsübergreifend) fände.

Über 86% befänden einen solchen Ratgeber für hilfreich (s. Tab. 128 und 129).

Tab. 128: Notwendigkeit eines Ratgebers aus Sicht der Therapeuten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	63	86,3	95,5	95,5
	Nein	3	4,1	4,5	100,0
	Gesamt	66	90,4	100,0	
Fehlend	System	7	9,6		
Gesamt		73	100,0		

Tab. 129: Kreuztabelle: Konfession des Therapeuten und
Notwendigkeit eines Ratgebers

		Notwendigkeit eines Ratgebers		
		Ja	Nein	Gesamt
Konfession	röm.kath.	16	0	16
	evang.	15	0	15
	muslimisch	9	2	11
	Keine	4	0	4
	Gesamt	44	2	46

Frage 32) an die ärztlichen Fachgruppen: *Kennen Sie die Sonnenberger Leitlinien?*

Keiner der befragten Ärzte kennt demnach die Sonnenberger Leitlinien (s. Tab. 130).

Tab. 130: Kenntnisnahme der Ärzte von den Sonnenberger Leitlinien

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	22	91,7	100,0	100,0
Fehlend	System	2	8,3		
Gesamt		24	100,0		

Frage 26) an die ärztlichen Fachgruppen: *Haben Sie das Gefühl, ausreichend über die Lebensweise und Kultur von Muslimen aufgeklärt zu sein?*

Nur 16,7% der befragten Vertreter ärztlicher Fachgruppen hat das Gefühl, über die muslimische Kultur ausreichend informiert zu sein. Die große Mehrheit verneint dies (s. Tab. 131).

Tab. 131: Selbsteinschätzung der Therapeuten, ausreichend über Muslime informiert zu sein

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	4	16,7	17,4	17,4
	Nein	19	79,2	82,6	100,0
	Gesamt	23	95,8	100,0	
Fehlend	System	1	4,2		
Gesamt		24	100,0		

Frage 31) an die ärztlichen Fachgruppen: *Würden Sie einen psychotherapeutischen Ratgeber zur kultursensiblen Behandlung muslimischer Patienten für notwendig erachten?*

Abgesehen von zwei Ausnahmen befürworten alle Befragten einen Ratgeber (s. Tab. 132)

Tab. 133: Notwendigkeit eines Ratgebers aus Sicht der Ärzte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	21	87,5	91,3	91,3
	Nein	2	8,3	8,7	100,0
	Gesamt	23	95,8	100,0	
Fehlend	System	1	4,2		
Gesamt		24	100,0		

Frage 24) an die muslimischen Patienten: *Welche Meinung hatten Sie vor Beginn der Therapie über die Psychotherapie?*

Der Großteil der befragten muslimischen Patienten gibt, vor der Therapie eine schlechte Meinung über sie gehabt zu haben. Weniger als ein Drittel hatte zu dem Zeitpunkt eine gute Meinung (s. Tab. 134).

Tab. 134: Meinung der muslimischen Patienten über Therapie vor Beginn der Therapie

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gute Meinung	32	26,7	28,1	28,1
	schlechte Meinung	82	68,3	71,9	100,0
	Gesamt	114	95,0	100,0	
Fehlend	System	6	5,0		
Gesamt		120	100,0		

Frage 25) an die muslimischen Patienten: *Welche Meinung haben Sie jetzt von der Therapie?*

Nach Durchlaufen der Psychotherapie drehen sich die Verhältnisse um und 90% der Befragten äußert sich positiv zur Psychotherapie. Es bleiben 5,8%, die negativ über sie urteilen (s. Tab. 135)

Tab. 135: Meinung der muslimischen Patienten über Therapie nach Beginn der Therapie

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gute Meinung	108	90,0	92,3	92,3
	schlechte Meinung	7	5,8	6,0	98,3
	geteilte Meinung	2	1,7	1,7	100,0
	Gesamt	117	97,5	100,0	
Fehlend	System	3	2,5		
Gesamt		120	100,0		

Frage 23) an die deutschen Patienten: *Welche Meinung hatten Sie vor Beginn der Therapie über die Psychotherapie?*

Bei den deutschen Patienten war bis auf zwei Ausnahmen ein positives Meinungsbild über die Psychotherapie zu vermelden (s. Tab. 136).

Tab. 136: Meinung der deutschen Patienten über Therapie vor Beginn der Therapie

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig gute Meinung	11	78,6	84,6	84,6
Schlechte Meinung	2	14,3	15,4	100,0
Gesamt	13	92,9	100,0	
Fehlend System	1	7,1		
Gesamt	14	100,0		

Frage 24) an die deutschen Patienten: *Welche Meinung haben Sie jetzt von der Therapie?*

Nach der Therapie ist das Meinungsbild einhellig positiv (s. Tab. 137).

Tab. 137: Meinung der deutschen Patienten über Therapie nach Beginn der Therapie

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig gute Meinung	14	100,0	100,0	100,0

Darstellung der Ergebnisse zu Hypothese 5)

Hypothese 5):

Das Gesundheitssystem weist der Annahme des Autors folgend zudem institutionelle Schwachstellen auf, die hier ausfindig gemacht werden sollen, um die Rahmenbedingungen der Psychotherapie im Hinblick auf ihre Kultursensibilität kennen zu lernen.

Frage 37) an die Psychotherapeuten: *Können Sie Defizite in der psychosozialen Versorgung muslimischen Patienten in Deutschland feststellen?*

52, 1% der Befragten gaben an, sie sähen Defizite in der psychosozialen Versorgung von Muslimen (s. Tab. 138). Dabei findet sich laut Test ein Zusammenhang zwischen dem muslimischen Anteil in der psychotherapeutischen Praxis und der Bejahung dieser Defizite ($\rho = -0,428$; zweiseitig signifikant auf dem 0,01 - Niveau)

Tab. 138: Existenz von Defiziten in der psychosozialen Versorgung muslimischer Patienten in Deutschland aus Sicht der Therapeuten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	38	52,1	60,3	60,3
	Nein	25	34,2	39,7	100,0
	Gesamt	63	86,3	100,0	
Fehlend	System	10	13,7		
Gesamt		73	100,0		

Frage 38) an die Psychotherapeuten: *Wo liegen Ihrer Meinung nach die Probleme?*

Diese Defizite wurden folgendermaßen konkretisiert:

Tab. 139: Defizite in der psychosozialen Versorgung muslimischer Patienten in Deutschland aus Sicht der Therapeuten

Zu wenig Experten	6
Sprachlich	5
Zu wenig Therapeuten mit interkultureller Kompetenz	5
Erfahrungshorizont der Therapeuten	2
Probleme in Deutschland sekundär	2
vorgefertigte Meinungen	2
Kultursensibler	1
mangelnde Kulturerfahrung	1
wenig ausländische Therapeuten	1

Frage 39) an die Psychotherapeuten: *Was wünschen Sie sich vom Gesetzgeber hinsichtlich dieser Probleme?*

Verbesserungsansätze wurden folgendermaßen formuliert:

Tab. 140: Verbesserungsvorschläge von den Therapeuten

mehr Interesse	11
mehr kulturell kompetente Fachleute	4
Adäquate Versorgungsangebote	2
mehr ausländische Therapeuten	3
sprachliche und kulturelle Fortbildung	2
Zeit	2
Professionalisierung	2
Aufklärung für Demokratie und Menschenrechte	1
bessere Bezahlung	1
bessere Integrationsangebote	1
Gleichberechtigung	1
Kapital	1
kulturelle Einrichtungen	1
Weiterbildung	1
Bildung einer therapeutischen Gruppe	1
mehr Methodenvielfalt	1
Möglichkeit, kulturelle Kompetenzen zu erwerben	1
Quote für muttersprachliche Psychotherapeuten	1

Frage 40) an die Psychotherapeuten: *Haben Sie sich schon einmal mit Kollegen über die Defizite in der psychosozialen Versorgung muslimischer Patienten in Deutschland ausgetauscht?*

Ein Austausch mit Kollegen findet bei knapp 40% der befragten Therapeuten statt (s. Tab. 141).

Tab. 141: Austausch mit Therapeutenkollegen über Defizite

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	29	39,7	43,3	43,3
	Nein	38	52,1	56,7	100,0
	Gesamt	67	91,8	100,0	
Fehlend	System	6	8,2		
Gesamt		73	100,0		

Frage 33) an die ärztlichen Fachgruppen: *Würden Sie allgemein sagen, die psychosoziale Versorgung von Muslimen ist im deutschen Gesundheitssystem defizitär?*

58,3% der befragten ärztlichen Fachgruppenvertreter gibt an, Defizite in der psychosozialen Versorgung von Muslimen feststellen zu können.

Tab. 142: Existenz von Defiziten in der psychosozialen Versorgung muslimischer Patienten in Deutschland aus Sicht der Ärzte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	14	58,3	63,6	63,6
	Nein	8	33,3	36,4	100,0
	Gesamt	22	91,7	100,0	
Fehlend	System	2	8,3		
Gesamt		24	100,0		

Frage 34) an die ärztlichen Fachgruppen: *Wo liegen Ihrer Meinung nach die Probleme?*

Drei Nennungen beziehen sich auf die Sprachprobleme, die restlichen einmaligen Nennungen meist auf kulturelle Aspekte.

Tab. 143: Defizite in der psychosozialen Versorgung muslimischer Patienten in Deutschland aus Sicht der Therapeuten

sprachliches Verstehen	3
interkulturelles Verstehen	1
mangelndes Kulturwissen bei Behandlung	1
negative Kennotation des Koran	1
Problem nie ernsthaft Thematisiert	1

Frage 35) an die ärztlichen Fachgruppen: *Was wünschen Sie sich vom Gesetzgeber hinsichtlich dieser Probleme?*

Ideen der Ärzte zur Behebung der Missstände fußen auf Weiterbildungsmaßnahmen und sprachlicher Stärkung des Gesundheitssystems.

Tab. 144: Verbesserungsvorschläge von Ärzten

Fortbildungen	2
Dolmetscher	1
Informierung der muslimischen Patienten	1
Mehr Interesse	1
Nichts	1

Frage 36) an die ärztlichen Fachgruppen: *Haben Sie sich schon einmal mit Kollegen über die Defizite in der psychosozialen Versorgung muslimischer Patienten in Deutschland ausgetauscht?*

Bei knapp einem Drittel hat schon ein Austausch bezüglich der Versorgung von Muslimen mit Kollegen stattgefunden.

Tab. 145: Austausch mit ärztlichen Kollegen über Defizite

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	7	29,2	33,3	33,3
	Nein	14	58,3	66,7	100,0
	Gesamt	21	87,5	100,0	
Fehlend	System	3	12,5		
Gesamt		24	100,0		

Frage 31) an die Psychotherapeuten: *Sehen Sie die Notwendigkeit eines Erwerbs von interkulturellen Kompetenzen im Umgang mit muslimischen Patienten?*

64,4% der Therapeuten betrachten den Erwerb von interkulturellen Kompetenzen als notwendig (s. Tab. 146).

Tab. 146: Notwendigkeit des Erwerbs von interkulturellen Kompetenzen in der PT aus Sicht der Therapeuten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	47	64,4	69,1	69,1
	Nein	20	27,4	29,4	98,5
	Weiß nicht	1	1,4	1,5	100,0
	Gesamt	68	93,2	100,0	
Fehlend	System	5	6,8		
Gesamt		73	100,0		

Frage 32) an die Psychotherapeuten: *Sehen Sie die Notwendigkeit einer kultursensiblen Psychotherapie?*

49,3% der Therapeuten geben zudem an, eine kultursensible Psychotherapie sei nötig (s. Tab. 147).

Tab. 147: Notwendigkeit einer kultursensiblen PT aus Sicht der Therapeuten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	36	49,3	56,2	56,2
	Nein	28	38,4	43,8	100,0
	Gesamt	64	87,7	100,0	
Fehlend	System	9	12,3		
Gesamt		73	100,0		

Frage 27) an die ärztlichen Fachgruppen: *Sehen Sie die Notwendigkeit eines Erwerbs von interkulturellen Kompetenzen im Umgang mit muslimischen Patienten?*

58,3% der befragten Ärzte geben an, diese Notwendigkeit zu sehen.

Tab. 148: Notwendigkeit von interkulturellen Kompetenzen aus Sicht der Ärzte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	14	58,3	70,0	70,0
	nein	6	25,0	30,0	100,0
	Gesamt	20	83,3	100,0	
Fehlend	System	4	16,7		
Gesamt		24	100,0		

Frage 28) an die ärztlichen Fachgruppen: *Sehen Sie die Notwendigkeit einer kultursensiblen Psychotherapie?*

62,5 % der Ärzte sagen zudem, eine kultursensible Psychotherapie sei nötig, ein Drittel negiert diese Notwendigkeit (s. Tab. 149).

Tab. 149: Notwendigkeit einer kulturspezifischen PT aus Sicht der Ärzte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	15	62,5	65,2	65,2
	nein	8	33,3	34,8	100,0
	Gesamt	23	95,8	100,0	
Fehlend	System	1	4,2		
Gesamt		24	100,0		

Darstellung der Ergebnisse zur forschungsleitenden Frage

Forschungsleitende Frage:

Aus welchen Bausteinen muss eine kultursensible Psychotherapie für muslimische Patienten bestehen?

Die psychosozialen Gesundheitsdienste (namentlich die Psychotherapie) müssen kultur- bzw. religionssensible (trans- und interkulturelle) Ansätze entwickeln, um den Bedürfnissen muslimischer Patienten in höherem Maße gerecht zu werden. Derartige Konzepte liegen bislang in Deutschland nur in Ansätzen vor. Es wurde daher nach den therapieimmanenten Vorgängen gefragt werden, um ein Instrumentarium bzw. einen Maßnahmenkatalog für den unmittelbaren therapeutischen Umgang mit muslimischen Patienten zu entwerfen. Konkret wurde danach gefragt, wie die Behandelnden mit den besonderen Herausforderungen im Umgang mit muslimischen Patienten (wie sie in den vorher genannten Hypothesen formuliert sind) umgehen. Auf Patientenseite wurde nach konkreten Problemen während der Psychotherapie gefragt werden. Auch wurden die direkten Fragen danach gestellt, welche Qualitäten der Psychotherapeut auf sich vereinen muss und welche Änderungen an der Psychotherapie vorgenommen werden müssen,

um den spezifischen Ansprüchen muslimischer Patienten Rechnung zu tragen.

Frage 24) an die Psychotherapeuten: *Welche Strategien wenden Sie an, um diese [sprachlichen] Barrieren zu überbrücken?*

Gegen die sprachlichen Probleme gehen die befragten Therapeuten folgendermaßen vor:

Tab. 150: Strategien der Therapeuten gegen sprachliche Barrieren

Geduld	9
Dolmetscher	5
Zeit	5
Muttersprache	4
Bilingualität	1
Freundlichkeit	1
Gespräch	1
Rollenspiele	1
Verständnis	1

Frage 22) an die ärztlichen Fachgruppen: *Welche Strategien wenden Sie an, um diese [sprachlichen] Barrieren zu überbrücken?*

Auch die Ärzte wenden ähnliche Strategien an:

Tab. 151: Strategien der Ärzte gegen sprachliche Barrieren

Dolmetscher	8
Zeit	4
bemühen zu verstehen	1
keine Besonderen	1
nonverbale Kommunikation	1
Umgehen	1

Im Umgang mit der erhöhten Erwartungshaltung muslimischer Patienten gegenüber den Behandelnden, die von einem nicht zu vernachlässigenden

Prozentsatz der Befragten bestätigt wurde, werden folgende Strategien genannt:

Frage 15) an die Psychotherapeuten: *Wie gehen Sie mit dieser gegebenenfalls verspürten Erwartungsbesonderheit um?*

Tab. 152: Umgang der Therapeuten mit Erwartungsbesonderheit

Ansprechen	3
abholen, wo sie stehen	2
Aufklärung	2
mehr Zeit/Kraft/Energie investieren	2
wie bei anderen Patienten	2
Abgrenzen	1
Akzeptanz	1
Ressourcenorientiert	1
Verständnis	1
Wertschätzend	1

Frage 15) an die ärztlichen Fachgruppen: *Welche Strategien wenden Sie an, um diese [sprachlichen] Barrieren zu überbrücken?*

Für die Ärzte lässt sich sagen:

Tab. 153: Umgang der Ärzte mit Erwartungsbesonderheit

darauf eingehen	1
ansehen als Ausdruck des Vertrauens	1
umfassende Hilfe	1
Ins Gespräch kommen	1

Den Herausforderungen, die sich durch die erschwerte Vertrauensbildung mit muslimischen Patienten ergeben, sind von den Psychotherapeuten folgende Herangehensweisen genannt worden:

Frage 17) an die Psychotherapeuten: *Welche Strategien wenden Sie an, um dieses Problem [der Vertrauensbildung] zu lösen?*

Tab. 154: Vertrauensbildende Maßnahmen der Therapeuten

Geduld	2
Zeit	2
Benutzung eigener kultureller Fähigkeiten	1
Echtheit	1
Freundlichkeit	1
längere Therapiedauer	1
Verständnis	1
Zuhören	1

Frage 15) an die ärztlichen Fachgruppen: *Welche Strategien wenden Sie an, um diese [sprachlichen] Barrieren zu überbrücken?*

Die Ärzte geben ähnliche Vorgehensweisen an:

Tab. 155: Vertrauensbildende Maßnahmen der Ärzte

Dolmetscher	2
Aufklärung	1
Bemühen zu verstehen	1
Verweisen an Kollegen gleicher Kultur	1

Frage 23) an die Psychotherapeuten: *Abgesehen von sprachlichen Barrieren, können Sie andere Schwierigkeiten benennen?*

Weitere konkrete Probleme wurden von den Psychotherapeuten angegeben:

Tab. 156: Sonstige Probleme in PT mit Muslimen aus Sicht der Therapeuten

Zurückhaltung	3
Tabuthemen	2
Akkommodation	1
Assimilation	1
gegengeschlechtliche Patienten	1

hohes Angstniveau	1
Intelligenz	1
Kultur	1
mangelndes Selbstvertrauen	1
Misstrauen	1
sprachliche Barriere	1

Frage 24) an die Psychotherapeuten: *Welche Strategien wenden Sie an, um diese Barrieren zu überbrücken?*

Beantwortet werden diese Probleme folgendermaßen:

Tab. 157: Lösungsansätze der Therapeuten zu den sonstigen Problemen

Zeit	3
Geduld	2
Nachfragen	2
Akzeptanz	1
Aufklärung	1
Betrachtung kultureller und traditioneller Besonderheiten	1
Joining	1
vermeiden von Deutungen	1

Frage 15) an die ärztlichen Fachgruppen: *Abgesehen von sprachlichen Barrieren, können Sie andere Schwierigkeiten benennen?*

Die Ärzte geben zudem an:

Tab. 158: Sonstige Probleme in PT mit Muslimen aus Sicht der Ärzte

Tabus	2
Ablehnung der Psychotherapie	1
Aussagen der Patienten einordnen	1
Frauenrolle	1
höhere Erwartung an das Gesundheitssystem	1
Krankheitsverständnis fremd	1

In keinem Fall wurden hier hingegen Angaben zur Bewältigungsstrategie gemacht.

Frage 42) an die muslimischen Patienten: *Gab es irgendwelche konkreten Probleme während der Therapie? Wenn ja, welche?*

Auf Seiten der muslimischen Patienten fanden sich folgende konkreten Probleme:

Tab. 159: konkrete Probleme während Therapie aus Sicht der Muslimischen Patienten

Therapeut	7
Sprache	3
kein Verständnis für Krankheit	2
Kultur	2
unterschiedliche Meinungen	2
hilft nicht	1

Frage 47) an die muslimischen Patienten: *Was würden Sie sich für die Therapie wünschen, damit sie besser wird?*

Verbesserungsvorschläge für die Psychotherapie wurden von den muslimischen Patienten folgendermaßen formuliert:

Tab. 160: Verbesserungsansätze für die Therapie von den Muslimischen Patienten

Gleiche Sprache	28
öfter Therapie	4
anderer Therapeut	3
Verständnis für Kultur von Therapeut	3
Besserer Umgang mit Therapie	1
Therapeut in der Nähe	1
Unterstützung durch Freunde	1

Frage 48) an die muslimischen Patienten: *Wie stellen Sie sich Ihren idealen Therapeuten vor?*

Die Liste der Eigenschaften, die ein Psychotherapeut nach Meinung der muslimischen Patienten mitbringen sollte, liest sich im Einzelnen so:

Tab. 161: Eigenschaften des idealen Therapeuten aus Sicht
Der muslimischen Patienten

Verständnisvoll	27
Kompetent	19
Muslim	14
Nett	13
Vertrauensvoll	13
Aufmerksam	7
muss Kraft/Hoffnung/Mut geben	7
kulturell gebildet	5
Geduldig	4
Gegengeschlechtlich	1
Gleichgeschlechtlich	1
Gutes Herz	1
kann sich in einen hineinversetzen	1
kein Zwang	1

Frage 44) an die muslimischen Patienten: *Abgesehen von der Sprache, glauben Sie, dass ein muslimischer Therapeut einen muslimischen Patienten besser versteht, nur weil er Muslime ist?*

Auf die Frage, ob muslimische Psychotherapeuten muslimische Patienten besser verstünden (unabhängig von der Sprache), antworteten 74,2% mit „Ja“.

Tab. 162: Muslimische Therapeuten verstehen Muslime besser?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	89	74,2	82,4	82,4
Nein	15	12,5	13,9	96,3

	teils teils	4	3,3	3,7	100,0
	Gesamt	108	90,0	100,0	
Fehlend	System	12	10,0		
Gesamt		120	100,0		

Frage 40) an die muslimischen Patienten: *Hatten Sie das Gefühl, Ihr Therapeut hatte Verständnis für Ihre Kultur, Ihre Religion und Ihre Lebensweise?*

82,5% der Befragten geben an, dass ihr Therapeut Verständnis für ihre Kultur und Lebensweise aufbrachte. 16,7% hatten dieses Gefühl nicht (s. Tab. 163). Dabei ist zudem festzuhalten, dass ein laut Test ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen dem Gefühl, einen kulturverstehenden Therapeuten gefunden zu haben und der Konfession des Therapeuten ($p = 0,465$; zweiseitig signifikant auf dem 0,01 – Niveau). Demnach sind es die muslimischen Therapeuten, die verstärkt den Eindruck vermitteln, die Lebensweise des Patienten zu verstehen.

Tab. 163: Verständnis des Therapeuten für Religion/Kultur/Lebensweise aus Sicht der muslimischen Patienten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	99	82,5	83,2	83,2
	Nein	20	16,7	16,8	100,0
	Gesamt	119	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamt		120	100,0		

Frage 41) an die muslimischen Patienten: *War Religion ein Thema während der Therapie?*

Ferner wurde danach gefragt, ob Religion ein Thema während der Therapie war. In 59,2% der Fälle wurde die Frage bejaht.

Tab. 164: Religion als Therapiethema bei muslimischen Patienten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	71	59,2	60,7	60,7
	Nein	43	35,8	36,8	97,4
	teils teils	3	2,5	2,6	100,0
	Gesamt	117	97,5	100,0	
Fehlend	System	3	2,5		
Gesamt		120	100,0		

Frage 20) an die Psychotherapeuten: *Welche Rolle spielt Religion in der Therapie mit muslimischen Patienten?*

Nur 1,4% der Befragten befindet das Thema für „sehr wichtig“, 24,7% für „wichtig“. Die stärkste Teilmenge von 35,6% schätzt das Thema „Religion“ „eher unwichtig ein.

Tab. 165: Wichtigkeit von Religion in PT mit muslimischen Patienten aus Sicht der Therapeuten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr wichtig	1	1,4	1,4	1,4
	Wichtig	18	24,7	26,1	27,5
	mittelmäßig, keine zentrale Rolle	21	28,8	30,4	58,0
	eher unwichtig	26	35,6	37,7	95,7
	Unwichtig	3	4,1	4,3	100,0
	Gesamt	69	94,5	100,0	
Fehlend	System	4	5,5		
Gesamt		73	100,0		

Frage 21) an die Psychotherapeuten: *Thematisieren Sie Religion und Religiosität innerhalb der Therapie mit muslimischen Patienten?*

Von 43,8% werden die Themen „Religion“ und „Religiosität“ in der Psychotherapie mit Muslimen zur Sprache gebracht (s. Tab. 166).

Tab. 166: Thematisierung von Religion und Religiosität in PT durch die Therapeuten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	32	43,8	47,1	47,1
	Nein	36	49,3	52,9	100,0
	Gesamt	68	93,2	100,0	
Fehlend	System	5	6,8		
Gesamt		73	100,0		

Frage 41) und 49) an die muslimischen Patienten: *War Religion ein Thema während der Therapie? und War Ihr Therapeut Muslim?*

Tab. 167: Kreuztabelle: Therapeut Muslim mit Religion als Therapiethema

		Religion als Therapiethema			
		Ja	Nein	teils teils	Gesamt
Therapeut Muslim	Ja	36	8	2	46
	Nein	5	18	1	24
	Gesamt	41	26	3	70

Hier findet sich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Konfession des Therapeuten und der Thematisierung von Religion ($\rho = 0,522$; zweiseitig signifikant auf dem 0,01 – Niveau). Demnach sind es die muslimischen Therapeuten, die Religion häufiger thematisieren.

Frage 38) an die muslimischen Patienten: *Hatten Sie das Gefühl, dass man Sie und Ihre Probleme versteht?*

Dabei ist festzuhalten, dass 88,3% der befragten muslimischen Patienten den Eindruck hatten, ihre psychosozialen Probleme seien von ihrem

Therapeuten verstanden worden. 10,8% geben an, dies sei nicht der Fall gewesen (s. Tab. 168). Dort hingegen, wo Religion kein Thema war, wurde tendenziell eher der Eindruck verschärft, der Psychotherapeut verstehe die psychosozialen Probleme nicht ($p = - 0,243$; zweiseitig hochsignifikant auf dem 0,01 – Level).

Tab. 168: Gefühl der muslimischen Patienten, dass Probleme verstanden werden

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	106	88,3	88,3	88,3
nein	13	10,8	10,8	99,2
teils teils	1	,8	,8	100,0
Gesamt	120	100,0	100,0	

Fragen 38) und 9) an die muslimischen Patienten: *Hatten Sie das Gefühl, dass man Sie und Ihre Probleme versteht? und Leben Sie nach islamischen Vorschriften?*

Aufschlussreich ist ebenso die Gegenüberstellung der Fragen 38) und 9). Zwar findet sich hier keine signifikante Korrelation, dennoch sei angemerkt, dass das Gefühl, die Probleme seien nicht vom Therapeuten verstanden worden, lediglich bei jenen 13 Personen nachzuweisen ist, die gleichzeitig auch ihr Leben nach islamischen Vorschriften organisieren (s. Tab. 169).

Tab. 169: Kreuztabelle: Gefühl, dass Probleme verstanden werden mit Leben nach Vorschriften

		Leben nach Vorschriften			
		Ja	nein	teils teils	Gesamt
Gefühl, dass Probleme verstanden werden	ja	66	31	7	104
	nein	13	0	0	13
	teils teils	1	0	0	1
	Gesamt	80	31	7	118

Fragen 39) und 9) an die muslimischen Patienten: *Würden Sie die Therapie als erfolgreich bezeichnen? und Leben Sie nach den islamischen Vorschriften?*

Auch hier ist zwar keine Signifikanz nachzuweisen, die Kreuztabelle offenbart dennoch das 15 von 16 gescheiterten Therapien von Menschen durchgeführt worden sind, die ihr Leben nach islamischen Vorschriften führen.

Tab. 170: Kreuztabelle: Therapie erfolgreich mit Leben nach Vorschriften

		Leben nach Vorschriften			
		Ja	Nein	teils teils	Gesamt
Therapie erfolgreich	ja	61	29	6	96
	nein	15	1	0	16
	teils teils	4	0	1	5
	Gesamt	80	30	7	117

Frage 45) an die muslimischen Patienten: *Wurden in Ihrer Therapie Geschichten, Märchen, Symbole und dergleichen benutzt?*

In 54,2% der Fälle wurden Mythologie und Symbolik in der Therapie angewandt, in 44,2% nicht (s. Tab. 171).

Tab. 171: Anteil der muslimischen Patienten, bei dem Mythologie und Symbolik in der PT angewandt wurde

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	65	54,2	54,6	54,6
	Nein	53	44,2	44,5	99,2
	teils teils	1	,8	,8	100,0
	Gesamt	119	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamt		120	100,0		

Zwischen der Anwendung von Mythologie und Symbolik in der Therapie und der Einschätzung des Patienten, ob seine Therapie erfolgreich gewesen sei, liegt laut Test eine Korrelation vor ($p = 0,231$; zweiseitig auf dem 0,05 – Niveau signifikant).

Frage 46) an die muslimischen Patienten: *Wenn ja, fanden Sie [diese Geschichten, Märchen, Symbole] hilfreich?*

In allen Fällen, in denen Mythologie und Symbolik angewandt wurde, wurde diese Anwendung als hilfreich empfunden (s. Tab. 172).

Tab. 172: Anteil der muslimischen Patienten, die die Anwendung von Mythologie und Symbolik hilfreich fanden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	65	54,2	84,4	84,4
	Nein	12	10,0	15,6	100,0
	Gesamt	77	64,2	100,0	
Fehlend	System	43	35,8		
Gesamt		120	100,0		

Frage 27) an die Psychotherapeuten: *Wie schätzen Sie die Wirksamkeit von Mythologie und Symbolik innerhalb der Therapie mit Muslimen ein?*

Die Therapeuten schätzen zu einem Anteil von 9,6% Mythologie und Symbolik im Umgang mit muslimischen Patienten als sehr wirksam ein. 38,4% geben an die Wirksamkeit dieser Instrumente „groß“ einzuschätzen. 11% verteilen sich auf „gering“ bzw. „sehr gering“ (s. Tab. 173).

Tab 173: Einschätzung der Wirksamkeit von Mythologie und Symbolik in PT mit Muslimen aus Sicht der Therapeuten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr groß	7	9,6	11,7	11,7
	Groß	28	38,4	46,7	58,3
	mittelmäßig, keine zentrale Rolle	17	23,3	28,3	86,7
	eher gering	7	9,6	11,7	98,3
	Gering	1	1,4	1,7	100,0
	Gesamt	60	82,2	100,0	
	Fehlend	System	13	17,8	
Gesamt		73	100,0		

Frage 28) an die Psychotherapeuten: *Wenden Sie Mythologie und Symbolik als therapeutische Instrumente in Ihrer Therapie mit Muslimen an?*
 37% geben an, diese Instrumente auch tatsächlich einzusetzen, 49,3% tun dies nicht (s. Tab. 174).

Tab. 174: Anwendung von Mythologie und Symbolik in PT mit muslimischen Patienten durch die Therapeuten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	27	37,0	41,5	41,5
	Nein	36	49,3	55,4	96,9
	teils teils	2	2,7	3,1	100,0
	Gesamt	65	89,0	100,0	
Fehlend	System	8	11,0		
Gesamt		73	100,0		

Frage 5) an die Psychotherapeuten: *Welcher Konfession bzw. Religion gehören Sie an?* und **Frage 28) an die Psychotherapeuten:** *Wenden Sie Mythologie und Symbolik als therapeutische Instrumente in Ihrer Therapie mit Muslimen an?*

Es zeigt sich, dass vor allem die muslimischen Therapeuten in Relation zu ihrer Grundgesamtheit eher dazu neigen, diese Instrumente einzusetzen.

Tab. 175: Kreuztabelle: Konfession der Therapeuten und Anwendung von Mythologie und Symbolik in PT

		Anwendung von Symbolik in PT			
		Ja	Nein	Teils teils	Gesamt
Konfession	röm.kath.	8	8	0	16
	evang.	10	6	0	16
	muslimisch	10	1	2	13
	keine	4	0	0	4
	Gesamt	32	15	2	49

Die Korrelation ist laut Test auf dem 0,05 – Niveau signifikant (zweiseitig) ($\rho = - 0,250$).

Frage 39) an die muslimischen Patienten: *Würden Sie die Therapie als erfolgreich bezeichnen?*

81,7% der muslimischen Patienten geben an, ihre Therapie sei erfolgreich verlaufen, 13,3% sagen, sie sei nicht erfolgreich gewesen (s. Tab. 176).

Tab. 176: Therapie erfolgreich

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	98	81,7	82,4	82,4
	nein	16	13,3	13,4	95,8
	teils teils	5	4,2	4,2	100,0

	Gesamt	119	99,2	100,0
Fehlend	System	1	,8	
	Gesamt	120	100,0	

Frage 38) an die deutschen Patienten: *Würden Sie die Therapie als erfolgreich bezeichnen?*

Bei den deutschen Patienten sind es 78,7% (bzw. 91,7% gültige Werte), die von einer erfolgreichen Therapie berichten können. Eine Angabe ist negativ (s. Tab. 177).

Tab. 177: Therapie erfolgreich

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	11	78,6	91,7	91,7
nein	1	7,1	8,3	100,0
Gesamt	12	85,7	100,0	
Fehlend System	2	14,3		
Gesamt	14	100,0		

Frage 33) an die Psychotherapeuten: *Wie müsste eine religions- bzw. kultursensible Psychotherapie konzipiert sein?*

Auf die Frage, wie diese kultursensible Psychotherapie konzipiert sein müsste, gaben die befragten Psychotherapeuten folgende Anregungen:

Tab. 178: Konzepte für kultursensible PT aus Sicht der THERapeuten

Individuelle/ kulturbezogene Anpassung	4
Kulturspezifisch	1
Flexibel	1
Wertschätzend	1
Zugehen auf den Gegenüber	1
In Fachhochschule oder Universität verankert	1

7.5 Diskussion der Ergebnisse

Die Ausgangshypothese lautete: „Es wird angenommen, dass muslimische Patienten von der psychotherapeutischen Versorgung, so wie sie gegenwärtig in Deutschland besteht, weniger profitieren als nichtmuslimische Patienten“.

Aufgrund der empirischen Ergebnisse kann diese Ausgangshypothese bestätigt werden. Es folgt die Diskussion der Einzelergebnisse der Hypothesen. Die Erkenntnisse im Umfeld der forschungsleitenden Frage fließen unmittelbar in die Handlungsempfehlungen des Kap. 8.3 ein, da sie keine Validität beanspruchen, sondern Anregungen widerspiegeln.

Zu Hypothese 1):

Die in früheren Studien getroffene Aussage, muslimische Patienten weisen einen stärkeren Medikamentenkonsum auf (stets im Vergleich zu deutschen Patienten), soll ergänzt werden durch die Bestätigung eines zudem längeren Medikamentenkonsums.

Die Hypothese kann nur durch Rückgriff auf die Einschätzung der Psychotherapeuten direkt bestätigt werden (s. Tab. 42). Sowohl die Einschätzung der Ärzte als auch der direkte Vergleich der Dauer der Medikamenteneinnahme von muslimischen und deutschen Patienten spricht gegen diese Hypothese.

In einem direkten Vergleich zwischen der durchschnittlichen Dauer der Medikamenteneinnahme von muslimischen und der deutscher Patienten zeigt sich ein differenziertes Bild: bei den muslimischen Patienten beträgt diese Zeit 21,4 Monate bei den deutschen Patienten 23, 7 Monate (s. Tab. 47 und 56). Es muss an dieser Stelle aber eingeräumt werden, dass ein Ausreißerwert von 9 Jahren innerhalb der deutschen Gruppe das Ergebnis

erheblich verzerrt. Ohne diesen Einzelfall läge der durchschnittliche Wert für die Dauer der Medikamenteneinnahme der deutschen Patienten bei 11,7 Monaten. Diese Lesart erhält ihre Relevanz umso mehr, in dem bei der muslimischen Gruppe der Range wesentlich enger ist und kein derartiger Verzerrungswert nachweisbar ist.

Ein relevantes Nebenergebnis ergibt sich ferner aus der Untersuchung der Frage, in wie vielen Fällen Medikamente verschrieben wurde, nachdem die beiden Patientengruppen den Arzt wegen ihrer körperlichen Beschwerden aufgesucht haben. In 85% der muslimischen Arztbesuche wurden Arzneimittel verschrieben, während nur 57,1% der Deutschen Patienten angaben, Medikamente bekommen zu haben (s. Tab. 46 und 55). Dieser Umstand zeigt sich trotz der Tatsache, dass 68,3% der muslimischen Patienten ein ungutes Gefühl bei der Einnahme der Medikamente verspüren (gegenüber 28,6% der deutschen Patienten) und trotz der Tatsache, dass nur 25,8% der Muslime den Eindruck haben, dass diese Medikamente halfen (gegenüber 50% der Deutschen) (s. Tab. 50 und 60).

Dass die körperlichen Probleme durch die Psychotherapie wesentlich besser gelindert wurden als durch die medikamentöse Behandlung, ließe sich an dem Umstand ablesen, dass nur 24,2% der muslimischen Patienten die Medikamenteneinnahme während der Therapie fortsetzen (gegenüber 42,9% der deutschen Patienten) (s. Tab. 48 und 58).

Während eine längere Phase also nur unter Abhängigkeit von der Lesart zu bestätigen ist, kann jedoch aus der Sicht der Patienten eine häufigere bzw. schnellere Medikamentenverschreibung durch die Ärzte für die muslimische Patientengruppe nachgewiesen werden. Dieser Umstand ließe sich durch die unterschiedliche Wahrnehmung von Krankheit – eine stärkere Tendenz zu Somatisierung namentlich – erklären. Diese Tendenz wurde an verschiedenen Stellen der Arbeit erwähnt (s. Kap.2.1 und Kap. 4.3) und auch empirisch unterlegt (s. Tab. 83).

Die regresshafte Interaktion zwischen muslimischen Patienten und ihren Hausärzten wurde bestätigt. Es findet sich hier also eine neue Facette des

„Einverständnis im Missverständnis“, das bereits weiter oben erläutert wurde (Brucks, 2002).

Zu Hypothese 2)

Außerdem soll die Leidensphase, also der Zeitraum von Beginn der Erkrankung (physisch und psychisch) bis zu ihrer Linderung erfragt werden. Angenommen wird, dass diese Phase bei muslimischen Patienten länger ist als bei deutschen Patienten.

Entgegen der eigenen Annahmen, die Leidensphase der muslimischen Patienten sei im Allgemeinen länger als die der deutschen, muss konstatiert werden, dass die deutsche Stichprobe sowohl eine längere Phase körperlicher Beschwerden (durchschnittlich 6,7 Jahre; s. Tab. 70) als auch seelischer Beschwerden (im Durchschnitt 8, 6 Jahre; s. Tab. 69). Ferner konnten längere Hausarztkonsultationen nur Psychotherapeuten bestätigen, die Vertreter der ärztlichen Fachgruppen verneinen dies mit großer Mehrheit (s. Tab. 63 und 64). Lediglich der Zeitraum vom Hausarzt zur Psychotherapie ist laut Umfrage bei den muslimischen Patienten etwas länger als bei den deutschen Patienten (1,44 Jahre im Vergleich zu 1,06 Jahren).

Zuletzt liegt der Mittelwert bei der Anzahl der bereits durchgeführten Psychotherapien bei der deutschen Stichprobe etwas höher als bei der muslimischen, so dass insgesamt gesagt werden muss, dass die Hypothese 2 nicht gehalten werden kann.

Hinweise aus der Literatur waren diesbezüglich nur indirekt herzustellen (Branik & Mulhaxa, 2000; Laabdallaoui & Rüschoff, 2005).

Zu Hypothese 3.1):

Bei der psychosozialen und ärztlichen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar.

Diese sind begründet in sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten. Diese Verständigungsschwierigkeiten stellen aber nicht die Hauptschwierigkeit in der Psychotherapie und der Arzt – Patienten – Interaktion dar.

Zwar werden die sprachlichen Probleme nur von einer Minderheit als Hauptschwierigkeiten betrachtet (s. Tab. 74). Es wird jedoch von allen Akteuren (Therapeuten, Ärzten und Patienten) das Vorhandensein verbaler Verständigungsschwierigkeiten eingestanden (s. Tab. 73, 75 und 77). Vor allem die Ärzte scheinen diese sprachlichen Barrieren besonders zu spüren. 91,7% geben an sprachliche Verständigung mit muslimischen Patienten nur unter Schwierigkeiten bewerkstelligen zu können (gegenüber 63% der Therapeuten) und 54,2% würden diese Verständigungsschwierigkeiten als Hauptproblem bezeichnen (gegenüber 38,4% unter den Psychotherapeuten) (s. Tab. 75 und 76). Auch die Patienten geben zu 30,1% an, verbale Verständigungsschwierigkeiten dokumentieren zu können.

Hypothese 3.1 kann also bestätigt werden. Wie stark letztlich der Faktor „Sprache“ in der Interaktion zwischen Patient und Arzt bzw. Psychotherapeut den Erfolg oder Misserfolg der Interaktion bestimmt, bleibt indes unklar. Tab. 159, die über die von den muslimischen Patienten geäußerten konkreten Probleme während der Therapie Aufschluss gibt, zeigt, dass zwar nur drei Befragte Sprache als konkretes Problem angeben. Es sind aber 28 Patienten, die sich für eine verbesserte Psychotherapie einen Psychotherapeuten wünschen, der die gleiche Sprache spricht (s. Tab. 160). Die Korrelationsanalyse kann keinen Zusammenhang zwischen dem Therapieerfolg und der Qualität der sprachlichen Verständigung aufweisen. Dieses differenzierte Bild des Faktors „Sprache in der Psychotherapie“ entspricht dem in der Literatur gegebenen Hinweisen (Lindert, 2008). Demnach ist Sprache in der Psychotherapie eine nicht zu vernachlässigende Größe, die gleichzeitig ebenso wenig überschätzt werden darf. Für die Interaktion zwischen Arzt und muslimischen Patienten ist zu sagen, dass hier die Sprache womöglich eine andere Bedeutung erhält. Angesichts der kürzeren Dauer, während der beide Akteure interagieren und des

dringlicheren Handlungsdrucks einer ärztlichen Praxis wird das sprachliche Ausdrucksvermögen des Patienten stärker strapaziert (Gieseke, 2008). Dem Arzt fehlt insofern die Zeit, durch konkretes Nachfragen seine Einschätzung vom Befinden des Patienten abzusichern. Hier liegt somit eine der Fehlerquellen bei der Diagnostik, deren Schwere bereits an anderen Stellen der Arbeit dokumentiert wurde.

Zu Hypothese 3.2):

Bei der psychosozialen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar. Diese sind begründet in einem differierenden (weil ganzheitlichen) Verständnis von Körper, Geist und Seele und einer differierenden Wahrnehmung und Deutung von (insbesondere) psychischer Krankheit auf Seiten der muslimischen Patienten.

Nur weniger als ein Drittel der Psychotherapeuten kann unterschiedliche Störungsbilder zwischen Muslimen und Nichtmuslimen ausmachen. Dabei wurden Zwänge, Ängste und Depressionen genannt (s. Tab. 81). 43,8% der Therapeuten können Unterschiede in der Krankheitswahrnehmung bei Muslimen erkennen. Hier wurde eine stärkere Passivität, Somatisierung und Externalisierung von Ursachen genannt (s. Tab. 82). Auch der Glaube an magische Elemente wurde erwähnt und trifft damit die traditionellste Variante einer Krankheitswahrnehmung (s. Tab. 86); (El-Islam, 1982).

Nur 20,8% der Ärzte können unterschiedliche Störungsbilder bei Muslimen ausmachen und eine relative Mehrheit von 45,8% kann Unterschiede in der Krankheitswahrnehmung bekunden, die vor allem in der Somatisierung ihren Niederschlag finden (s. Tab. 84 und 83). Hier korreliert die Bejahung von Unterschieden allerdings mit dem Anteil der muslimischen Patienten am gesamten Patientenstamm der befragten Ärzte.

Bei einem Blick auf die Gegenüberstellung muslimischer und deutscher Patienten lässt sich nur marginal ein Unterschied feststellen. Die allgemeine Vorstellung, dass körperliche Beschwerden eine psychische Ursache haben

wird von den muslimischen Patienten nur in 8,3% der Fälle abgelehnt, während sie bei den Deutschen einhellig bejaht wird. Bezogen auf die eigene Krankheit geben demnach nur drei muslimische und ein deutscher Befragte an, keinen Zusammenhang zwischen Psyche und Körper zu sehen. Die Meinungen vor und nach der Psychotherapie in beiden Gruppen sind nur zum Teil aufschlussreich: 29 muslimische Befragte schätzen die Krankheit als persistent, während in der deutschen Gruppe dieser zeitliche Faktor nicht erwähnt wird (s. Tab. 89 und 93). Interessant ist die Nennung (N = 5) des Attributs „verrückt“ seitens der muslimischen Patienten. Diese Nennung wird von den deutschen Patienten nicht vorgenommen. Weiter unten wird auf dieses Stigma, das in islamisch verfassten Kreisen im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung vorliegt, näher eingegangen.

In beiden Gruppen ist hingegen zu konstatieren, dass die negative Grundstimmung hinsichtlich der eigenen Erkrankung von einer überwiegend positiven Sicht abgelöst wird (s. Tab. 90 und 94).

Das in zahlreichen Vorgängerstudien belegte ganzheitliche Körperverständnis herrscht zwar vor. Die Patienten können aber mehrheitlich die Leib-Seele-Dichotomie nachvollziehen und eine gegenseitige Beeinflussung angeben. Lediglich vereinzelte Hinweise auf verstärkten Somatisierungstendenzen sind herauszulesen.

Die in der Literatur oft vorgebrachte kulturbedingte Wahrnehmung und Artikulation von Schmerz ist in vorliegender Studie nicht eindeutig zu bestätigen (Schouler-Ocak, 2003; Gieseke, 2008).

Hypothese 3.2 kann also nur unter Vorbehalt gestützt werden.

Zu Hypothese 3.3):

Bei der psychosozialen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar. Diese sind begründet in einer höheren Erwartungshaltung an den Behandelnden (Psychotherapeut bzw. Arzt) auf Seiten der muslimischen Patienten.

Nur 38,4% der Psychotherapeuten können eine höhere Erwartungshaltung seitens der muslimischen Patienten verspüren. Indes sind es hier die islamerfahrenen Psychotherapeuten (also die mit einem hohen Anteil muslimischer Patienten), die diese erhöhte Erwartungshaltung bestätigen können. Ebenso muss festgehalten werden, dass neun von 13 muslimische Therapeuten dies bejahen.

Für die Ärzte gilt, dass nur 29,2% eine erhöhte Erwartungshaltung verspüren. Auf die offene Frage, was sich die Patienten von der Therapie erwarten, wird bei einem Gruppenvergleich nur der Unterschied deutlich, dass die deutschen Patienten in fünf Fällen die Hilfe zur Selbsthilfe erwarteten, während dies innerhalb der anderen Gruppe nicht auftaucht.

Als Kontrollfaktor ließe sich die Frage, ob die Erwartungen erfüllt worden sind, verstehen. Demnach müsste bei hohen Erwartungen die Zahl der nicht erfüllten Erwartungen ebenso hoch ausfallen. Ein Vergleich zeigt, dass 10,8% der muslimischen Patienten angeben, ihre Erwartungen nicht erfüllt zu sehen, während dieser Wert bei den Deutschen fehlt und lediglich die erfüllten Erwartungen in 85,7% der Fälle dokumentiert wurden. Der Umkehrschluss ist also hier nicht verlässlich genug.

Hypothese 3.3 kann somit nicht vollständig und eindeutig bestätigt werden. Die Hypothese wurde ohne Hinweise aus der Literatur und aus der eigenen Erfahrung des Autors formuliert. Die Tatsache, dass 38,4% der befragten Therapeuten und zudem jene mit einem muslimischen Hintergrund sowie mit einem hohen Anteil muslimischer Patienten den Eindruck des Autors teilen, darf nicht verworfen werden. Daher wird auch im letzten Kapitel der Arbeit darauf Bezug genommen.

Hypothese 3.4):

Bei der psychosozialen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar. Diese sind begründet in besonderen Schwierigkeiten bei der Vertrauensbildung im Umgang mit muslimischen Patienten. Auf der Seite der Patienten müssten demnach höhere

Hemmschwellen und ein allgemeines Unbehagen während der Therapie nachzuweisen sein.

Die Hypothese fußt in ihrer Ausformulierung auf eigene Erfahrungen des Autors, wenngleich die Existenz von höheren Hemmschwellen auch in der Literatur dokumentiert ist (Sue und Sue, 1990).

Lediglich 37% der Psychotherapeuten können hierzu eine positive Antwort geben (gegenüber 54,8% negativer Antworten). Auch bei den Ärzten ist nur eine Minderheit von 25%, die über besondere Schwierigkeiten bei der Vertrauensbildung mit muslimischen Patienten berichten können (gegenüber 58,3%, die es nicht können).

Indirekt wurde diese erschwerte Vertrauensbildung auf Seiten der Patienten durch die Frage abgeprüft, inwieweit Ängste und Hemmungen bestehen, über die eigenen Probleme zu reden. Für die muslimische Gruppe lässt sich dazu konstatieren, dass 56,7% diese Hemmungen (überdies unabhängig vom Alter) besitzen, während nur 35,7% der deutschen Patienten diese innerlichen Hürden im Austausch mit dem Therapeuten angeben können. Für letztere gilt überdies, dass 14,3% sich „sehr gut“ in der Therapie fühlten und 42,9 „gut“ sowie 21,4 „schlecht“. Die Kategorie wurde hier nicht wahrgenommen. Bei den Muslimen fühlten sich zwar 19,8% „sehr wohl“, 50% „wohl“, es bleiben aber 25%, die sich „schlecht“ und 2,5%, die sich „sehr schlecht“ fühlten (s. Tab. 104). Während die höhere Hemmschwelle bei Muslimen nachweisbar ist, scheint sich jedoch während der Therapie eine Atmosphäre herzustellen, die nur marginal häufiger zu einem unguuten Gefühl beim Patienten führt. Die Angaben der Behandelnden stützen die Hypothese 3.4 also nicht eindeutig, dürfen wegen ihrer Größenordnung aber auch nicht außer Acht gelassen werden. Daher soll auch dieser Aspekt im Praxisteil der Arbeit Eingang finden.

Zu Hypothese 3.5):

Bei der psychosozialen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar. Diese sind begründet im

Vorhandensein einer Reihe von kulturspezifischen Konfliktfeldern und Tabuthemen.

Die Hypothese findet in der Literatur vielfach Entsprechung (Mernissi, 1992; Fargness, 1996; Fisek & Kagitcibasi, 1999). Es sollte an dieser Stelle herausgefunden, wie stark diese Konfliktfelder und Tabuthemen von den Behandelnden wahrgenommen werden und wie stark sie die Interaktion zwischen Behandelndem und seinen muslimischen Patienten beeinflussen.

41,1% der befragten Psychotherapeuten können über ethnospezifische Konfliktfelder berichten. Hier sind es vor allem die muslimischen und die islamerfahrenen Psychotherapeuten (im letzteren Falle signifikant), die diese Konfliktfelder angeben.

Individualität, Gewalt, Frauenverständnis, Erwartungen der Familie und Interpretationskonflikte sind die meistgenannten Felder (s. Tab. 108).

Die Ärzte erkennen mehrheitlich (45,8%) diese Konfliktfelder, die vor allem die Frau betreffen (Frauenrolle, Kinderlosigkeit) (s. Tab. 112).

Hinsichtlich der Tabuthemen werden die Proportionen noch eindeutiger. 63% der befragten Psychotherapeuten stellen ethnospezifische Tabuthemen fest. Hier sind Sexualität, Emanzipation der Frau und Homosexualität die meistgenannten Themen.

Die Ärzte geben in 41,7% der Fälle an, über ethnospezifische Tabuthemen berichten zu können und verorten diese in den Bereichen Sexualität und Toleranz.

Insgesamt gesehen ergibt sich ein hoher Grad an Deckungsgleichheit zwischen den in der Theorie skizzierten soziokulturellen Merkmalen und den empirisch erbrachten Eindrücken der Behandelnden. Gerade Sexualität und Homosexualität scheinen ein vorrangiges Tabuthema zu sein (Dwairy, 2006). Konfliktfelder, die sich aus der Begegnung mit westlicher Kultur ergeben, sind Individualität und Emanzipation der Frau, nicht selten begleitet von Gewalt (s. Tab. 108). Auch diese Themenbereiche sind in der Literatur ausgebreitet worden (Barazangi, 1996; Eisenlohr, 1996).

Hypothese 3.5 darf also als bestätigt gelten.

Hypothese 3.6):

Bei der psychosozialen Behandlung von muslimischen Patienten sind kulturbedingte Probleme nachweisbar. Diese sind begründet in einem therapieadversen sozialen Umfeld. Angenommen wird, dass sich muslimische Patienten seltener als deutschen Patienten mit ihrem Umfeld über die eigene Erkrankung und Behandlung austauschen und dass die Äußerungen des Umfelds zu Erkrankung und Psychotherapie häufiger negativ ausfallen als bei deutschen Patienten.

In 59,2% der muslimischen Fälle wissen die Familien der Patienten von deren Erkrankung. Die Reaktionen der Familien waren überwiegend positiv (s. Tab. 117).

In 54,2% der Fälle redeten die muslimischen Patienten auch mit Personen außerhalb der Familie über die eigene Krankheit.

In 64,2% der Fälle ist ein Ansprechpartner für derartige Probleme vorhanden. Bei den deutschen Patienten sind es 78,6%, die angeben, ihre Familie wüsste von der Erkrankung. Auch hier sind die Äußerungen fast durchweg positiv. Unterschiede finden sich jedoch hinsichtlich der Thematisierung der Krankheit gegenüber Personen außerhalb der Familie. Für die deutschen Patienten kann hierzu eine hundertprozentige Bejahung festgehalten werden. Zum Teil kann dieser erhöhte Austausch wohl dadurch erklärt werden, dass 85,7% der deutschen Befragten einen Ansprechpartner für die persönlichen Probleme jenseits der Familie haben, also 20% über den muslimischen Angaben. Interessant ist der Blick auf die Familien. Obwohl 66,7% der befragten Muslime angeben, verheiratet zu sein (gegenüber 28,6% der Deutschen), sind es fast zwanzig Prozent weniger, die ihre Familie in Kenntnis setzen. Der Ehepartner, als grundlegender Bestandteil der Familie, ist also nicht immer der erste Ansprechpartner in solchen Problemen.

Gewiss muss berücksichtigt werden, dass nur 73,3% angeben, dass ihre Familie in Deutschland lebt. Damit wird der Austausch über psychosoziale Probleme a priori erschwert.

Es kann also vorsichtig festgehalten werden, dass deutsche Patienten offener mit ihren Problemen umgehen als muslimische. Sowohl im Umgang mit der Familie als auch vor allem im Umgang mit Personen außerhalb dieser zeigen sich deutsche Patienten eher bereit, das eigene Leid zu thematisieren. Einerseits ließe sich dieser Umstand mit der Tatsache erklären, dass den deutschen Patienten häufiger ein Gesprächspartner bereits steht, zum zweiten ist aber die bereits oben erwähnte Hemmschwelle, über die eigenen Probleme zu reden bei Muslimen größer. Auch vielleicht aus Angst, auf negative Reaktionen des Umfelds zu stoßen. Dass diese Ängste unbegründet sind, lässt sich aber anhand der dokumentierten Reaktionen des Umfelds ablesen (s. Tab. 117). Die in der Literatur geschilderte Stigmatisierung von psychischer Krankheit und der Inanspruchnahme eines Psychotherapeuten als Beweis einer „Verrücktheit“ scheint also hier in Ansätzen rekonstruierbar zu sein (Dwairy, 2006). Nicht zuletzt die an anderer Stelle erwähnte negative Meinung über die Therapie vor der Therapie trägt ihren Teil dazu bei, diese Vermutung zu hegen (s. Tab. 134).

Die Hypothese 3.6 ist also vorsichtig haltbar. Infolgedessen sollen im Praxisteil die Strategien der Behandelnden zur Vertrauensbildung und theoretische Erwägungen dazu vorgestellt werden.

Zu Hypothese 4):

Zu den Ursachen dieser Versorgungsdefizite gehören unter anderem Lücken in der Information über interkulturelle psychotherapeutische Konzepte sowie in der Informationslage über die muslimische Lebenswelt auf Seiten der Therapeuten. Auf Seiten der muslimischen Patienten herrscht eine negative Voreingenommenheit gegenüber der Psychotherapie.

Im Umfeld der Hypothese 4 sind die Erkenntnisse am deutlichsten zu Tage getreten. Und dies bei allen relevanten Gruppen (Psychotherapeuten, Ärzte und Patienten).

Ausgegangen wurde hierbei erstens von den Hinweisen aus der Literatur, denen zufolge die Behandelnden nicht über ausreichend interkulturelle Kompetenzen verfügen (Lindert, 2008). Zweitens sollten die muslimischen Patienten auf ihre Ansichten über die Psychotherapie geprüft werden. Verzerrte und dadurch negative Bilder werden in der Literatur erwähnt und wurden auch für die Studienteilnehmer vermutet (Laabdallaoui & Rüschoff, 2005).

Als Brennpunkt für die in der Hypothese erwähnten interkulturellen therapeutischen Konzepte wurden die 12 Sonnenberger Leitlinien verwendet, da hier programmatisch die deutsche psychosoziale Versorgungslandschaft einer konstruktiv-kritischen Analyse unterzogen wird.

Lediglich 15,1% der befragten Psychotherapeuten geben an, Kenntnis von den Sonnenberger Leitlinien genommen zu haben. Bei den Ärzten sind es 91,7% bzw. bei zwei fehlenden Werten alle Befragten, die es verneinen, von den Sonnenberger Leitlinien gehört zu haben.

68,5% der Psychotherapeuten gestehen ein, nicht ausreichend über die Lebensweise von Muslimen informiert zu sein (darunter sogar 5 muslimische Therapeuten) und 86,3% hielten einen Ratgeber zur psychotherapeutischen Behandlung von muslimischen Patienten für notwendig (darunter 9 muslimische Therapeuten).

79,2% der Ärzte konzedieren ihr mangelndes Wissen über die muslimische Kultur und befinden einen Ratgeber zur psychosozialen Versorgung muslimischer Patienten zu 87,5% für notwendig.

Auch auf Seiten der Patienten scheint sich eine Informationslücke aufzutun. Die hohe Anzahl derer, die vor dem Beginn der Therapie negativ über diese urteilen (68,3%) und nach Beendigung einer Psychotherapie gegenteilig antworten (90% mit der Antwort „gute Meinung“), weist darauf hin, dass ein hohes Maß an Missverständnissen, Unkenntnissen und vielleicht verzerrten

Vorstellungen über diesen Sektor der psychosozialen Gesundheitsversorgung in Deutschland vorherrscht. Dieser Eindruck wird noch verstärkt, werden die deutschen Patienten hinzugenommen. Sie haben zu 84,6% eine positive Meinung über die Therapie, bevor sie diese begonnen haben und zu 100% eine positive Meinung, nachdem sie diese abgeschlossen haben (s. Tab. 137).

Hypothese 4 kann also bestätigt werden. Angesichts der eindeutigen Werte und der Tatsache, dass selbst islamerfahrene (sei es durch hohen Patientenanteil oder durch eigenen muslimischen Hintergrund) Psychotherapeuten, Kenntnislücken eingestehen und einen Ratgeber begrüßen, bekräftigt die Hypothese. Der Handlungsbedarf offenbart sich also auf beiden Seiten des Behandlungstisches: Bei Behandelnden und Behandelten mit muslimischem Hintergrund. Ebenso sind zwei Sektoren betroffen: Der medizinische Sektor, der durch die ärztlichen Fachgruppen abgedeckt wird und der psychotherapeutische. Im Praxisteil werden hierzu weitere Erläuterungen gegeben.

Hypothese 5):

Das Gesundheitssystem weist institutionelle Schwachstellen auf, die überprüft werden müssen, um die Rahmenbedingungen der Psychotherapie im Hinblick auf ihre Kultursensibilität kennen zu lernen.

Im Einklang mit Hypothese 4, der zufolge Informationsdefizite bei den im Gesundheitssystem agierenden Protagonisten herrschen, sollen hier nun institutionelle Schwachstellen geprüft werden. Hinweise darauf finden sich unter anderem bei Koch & Brähler (2008), Gieseke (2008) und nicht zuletzt emblematisch in den Sonnenberger Leitlinien. Die Frage ist nun, ob diese Schwachstellen von den (vor allem behandelnden) Akteuren wahrgenommen werden, welche Schwachstellen dies sind und welche Lösungsvorschläge nahe gelegt werden.

52,1% der Psychotherapeuten unterschreiben die Annahme, dass das Gesundheitssystem im Hinblick auf seine Kultursensibilität institutionelle

Schwachstellen aufweist (s. Tab. 138). Dabei sind es vor allem die im Umgang mit Muslimen erfahrenen Therapeuten, die diese Annahme stützen. Es werden in diesem Zusammenhang vor allem der Mangel an Versorgungsdienstleistern mit interkultureller Kompetenz und gesondert der Mangel an sprachlichen Brückenbauern genannt. 39,7% dieser kritischen Befragten gaben zudem an, sich bereits mit Kollegen über diese Probleme ausgetauscht zu haben (s. Tab. 139). Dies zeigt die Relevanz der Problematik im Besonderen, vor allem unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Prozentzahl der muslimischen Patienten am Gesamtstamm mit dem Austausch über genannte Probleme korreliert. Zur Verbesserung wird interessanterweise die Forderung nach mehr Interesse seitens des Gesetzgebers formuliert. Es scheint nach Einschätzung der Psychotherapie in der Tat ein institutionelles Problem in Form von systematischer Indifferenz zu geben. Darauf folgen Ideen, wie die verstärkte Einstellung interkultureller Fachleute, Fortbildung und mehr Zeit in der Therapie mit muslimischen Patienten. Vor allem letztere Forderung liest sich umso bedeutsamer, werden die Erkenntnisse im Umfeld der Hypothesen 3.1 bis 3.4 hinzugezogen, denen zufolge vor allem ein Mehr an Zeit eine adäquate Antwort auf die besonderen Herausforderungen im Umgang mit muslimischen Patienten ist.

Bei den Ärzten sind es 58,3%, die über Defizite im Gesundheitssystem berichten können (s. Tab. 142). Auch hier ist der Mangel an Dolmetschern und an interkulturellen Experten, der als zentraler Ansatzpunkt für die Kritik dient. Ebenso wird die negative Konnotation des Korans in der Gesellschaft erwähnt.

29,2% haben sich zudem über diese Probleme mit Kollegen unterhalten (s. Tab. 145).

Lösungsvorschläge sind denen der Psychotherapeuten sehr ähnlich: Fortbildung, Dolmetscher und Informationsdienste für die Patienten. Erwähnenswert ist die Position, die Bezug auf die Patienten nimmt, sie fehlt in diesem Sinne bei den Psychotherapeuten.

Hypothese 5 kann damit als eindeutig belegt betrachtet werden.

7.6 Grenzen der vorliegenden Arbeit, Zusammenfassung und Ausblick

Es wurde ein Meinungs- und Stimmungsbild der Akteure im Gesundheitssystem eingefangen, das es ermöglicht, einen Eindruck von der Interaktionskette muslimischer Patienten zu bekommen, die sich im deutschen Gesundheitssystem bewegen. Diese vorgelagerten Erkenntnisse gehen sozusagen automatisch einher mit einer Studie, die exploratorischen und explorativen Charakter trägt.

Sowohl Behandelnde als auch Behandelte kamen zu Wort und nahmen diese Gelegenheit wahr, um konstruktiv Kritik zu üben, Zufriedenheit zu äußern und im Allgemeinen ihren Eindruck von Interaktionen in unterschiedlichen Sektoren und auf unterschiedlichen Ebenen der deutschen psychosozialen Versorgungslandschaft zu schildern.

Die Untersuchung konnte jedoch in ihrem Umfang und in ihrer Tiefe nur vereinzelt über die Abfrage dieses Stimmungsbildes hinausgehen. Gerade spezifische Probleme während der Therapie und die eventuell unterschiedliche Wirksamkeit von den zahlreichen in Deutschland angebotenen Therapieformen und Therapieschulen sind nur schwerlich in einer quantitativen Untersuchung zu erfassen. Dies gilt ebenso für die Effizienz einzelner therapeutischer Maßnahmen. Um diese Fragen adäquat zu beantworten, wäre ein qualitativer Ansatz vielleicht erfolgversprechender. Diese Vorgehensweise wurde wie erwähnt auch zu Anfang anvisiert. Jedoch bringt dieses methodische Design andere Probleme mit sich. Vor allem die Auswahl der Interviewpartner und deren Bereitschaft, therapieinterne Problemkreise in einem Interview zu thematisieren, kann für den Untersuchungsleiter ein mühsames Unterfangen bedeuten. Deshalb wurden die Fragen im Fragebogen auch möglichst diskret gestellt. Trotz dieses vorsichtigen Herantastens an ein intimes Themenfeld wurden nicht selten ganze Fragenblöcke von Behandelnden und Behandelten unbeantwortet belassen.

Das zögerliche Feedback seitens der Untersuchungsgruppen scheint für dieses Forschungsfeld charakteristisch zu sein und damit einen Grund

darzustellen, warum der Forschungsstand bislang als sehr schmal zu bezeichnen ist. Denn zum einen geht es um ein stark in der Privatsphäre verwurzelttes Thema, das zudem auf Seiten der Psychotherapeuten Schweigepflicht und Berufsethos tangiert und zum anderen um ein ethno- bzw. religionsspezifisches Thema, das nicht ohne gesellschaftliche Brisanz daher kommt.

Eine weitere Selbstbegrenzung bestand in der Entscheidung, die Themen Einwanderung, Flucht, Asyl, Aufenthaltsstatus und damit verbundene psychosoziale Folgen auszublenden. Dies hätte die Studie in ihrem Umfang verdoppelt und den Blick weggelenkt vom Ziel, vortherapeutische und therapeutische Interaktionen zu beleuchten. Letztlich ist der Aspekt des migratorischen Prozessverlaufs sekundär, da psychotherapeutischer Behandlungsbedarf auch in der zweiten Generation offengelegt wurde (s. Tab. 146 - 149). Damit ist das Ziel, Anregungen für eine kultursensible Psychotherapie herauszuarbeiten, umso relevanter.

Die vorliegende Arbeit beinhaltet die bislang erste empirische Untersuchung zum Thema „Psychotherapeutische Versorgung muslimischer Patienten“. Naturgemäß ist die Untersuchung daher explorativ und als Auftakt zu weiteren Forschungsaktivitäten auf diesem Feld zu verstehen. Die Verfahren zur Gewinnung von Stichproben und notwendige methodische Verfeinerungen im Fragebogen sowie deren inhaltliche Schärfung erhalten entscheidende Bedeutung. Im Fokus einer Folgeuntersuchung müsste dann noch stärker der konkrete Verlauf von Therapieabschnitten stehen, um die Wirksamkeit bzw. Unangemessenheit einzelner Maßnahmen abschätzen zu können. Der Nachweis einer gruppenspezifischen Unterversorgung sowie der Notwendigkeit einer weiteren Zuwendung zu diesem Thema wurde teilweise erbracht. Das wissenschaftliche Interesse an diesem Thema ist also nachweislich berechtigt und eine weitere Erkundung dieses „weißen Flecks“ gerechtfertigt. Ein entsprechender Erkenntnisgewinn durch weitergehende Studien ist zu erwarten.

8. Verknüpfung von Theorie und Empirie unter Aspekten der Verwertbarkeit für die psychotherapeutische Praxis sowie dessen systemisches Umfeld

8.1 Institutionelle Überlegungen

Psychotherapie führt kein Inseldasein im deutschen Gesundheitssystem. Aus diesem Grund muss eine kultursensible Psychotherapie in ein institutionelles Umfeld eingebettet sein, das in ähnlicher Weise um interkulturelle Justierungen bereichert worden ist.

- Dazu gehört zuvorderst die von zahlreichen Therapeuten, Ärzten und Patienten formulierte Forderung nach mehr Zeit (s. Tab. 150, 151, 152, 154, 157 und 160).
- Darüber hinaus muss Ausbildung und Einsatz von Dolmetschern eine stärkere Förderung zuteil werden (s. Tab. 150, 151 und 155).
- Auch die gezielte Ausbildung und Einstellung muttersprachlicher bzw. mit migratorischen Hintergrund ausgestatteter Versorgungsdienstleister muss in größerem Umfang als bisher wahrgenommen werden (s. Tab. 160). Ob eine Quote für interkulturell geschulte bzw. migratorisch vorgeprägte Behandelnde – wie teilweise gefordert – vonnöten ist, hängt wesentlich von der Personalentwicklung in den entsprechenden Sektoren (Psychotherapie, fachärztliche Praxis, psychosoziale Beratungsstellen und Seniorenbetreuung) ab. Nicht zuletzt die mehrheitlich bejahte Frage, ob muslimische Therapeuten muslimische Patienten grundsätzlich besser verstehen (jenseits der sprachlichen Ebene) ist ein Hinweis auf den Bedarf an Personal mit muslimischem Hintergrund.

8.2 Informationelle Überlegungen

Vieles in der vorliegenden Studie (die darin vorhergehende Studien untermauert und ergänzt) weist auf vielschichtige Informationsdefizite hin. Dabei sind Behandelnde wie Behandelte gleichermaßen betroffen.

- Auf Seiten der Psychotherapeuten ist es vonnöten, den Wissensstand über spezifische Konfliktfelder und Tabuthemen zu heben, um die psychotherapeutische Interaktion reibungsloser gestalten zu können, Missverständnisse abzubauen, falschen Handlungsempfehlungen durch den Therapeuten an den Patienten vorzubeugen, Fehldeutungen zu vermeiden und Frustrationen auf beiden Seiten entgegenzuwirken.
- Für die Fachärzte gilt die Hebung des Wissensstandes in ähnlichem Maße. Hier müssen vor allem Kenntnisse im Umfeld von Körper, Krankheit und Kultur erweitert werden.
- Auch auf Seiten der Patienten konnte dokumentiert werden, dass falsche, verzerrte bzw. unvollständige Vorstellungen über die psychosoziale Versorgung und speziell die Psychotherapie vorherrschen. Hier gilt es, in der Breite Voreingenommenheiten abzubauen und die Dauer zwischen Einsetzen der Schmerzen und erstmaligem Hausarztbesuch bzw. zwischen Einsetzen der Beschwerden und erstmaligem Therapeutenbesuch bzw. zwischen Hausarztkonsultation und Psychotherapie zu verkürzen. Informationsbroschüren in der jeweiligen Sprache bzw. direkt an diese Gruppe adressierte Ratgeber sind bislang Einzellerscheinungen. Auch die sehr ausgebaute mediale Struktur der Muslime in Deutschland kann einen Beitrag zur Aufklärung leisten (s. Kap. 3.2).

8.3 Psychotherapiebezogene Überlegungen und Überlegungen zur forschungsleitenden Frage

Vieles von dem, was in der Theorie im Sinne von Herausforderungen für eine (interkulturelle) Begegnung zwischen Therapeut und muslimischem

Patienten, hat sich im Zuge der Studie bewahrheitet. Handlungsbedarf ist daher auch auf dieser praktischen Ebene zu verorten.

- Es ist deutlich geworden, dass eine Psychotherapie für muslimische Patienten anders konzipiert sein muss, als die für deutsche Patienten. Die eindeutigen Meinungen zu einer interkulturellen Erweiterung und einer kulturspezifischen Gestaltung der Psychotherapie weisen darauf hin. Eine Festlegung auf eine psychotherapeutische Schule ist dabei nicht möglich, auch wenn die Verhaltenstherapie aus theoretischen Vorüberlegungen und empirischen Hinweisen heraus als vorrangig geeignet erscheint.
- Die Komponente „Sprache“ darf nicht unterschätzt werden. Eine größere Bereitschaft der Therapeuten, Dolmetscher (professionell oder im Rahmen der Familie des Patienten) einzubinden, wäre demnach ein Schritt in die richtige Richtung (s.Tab. 150, 151 und 155).
- Angesichts der Zahl der Patienten, die sich als praktizierend religiös bezeichnen erscheint es unverständlich, warum die Zahl der Therapeuten, die Religion als Therapiethema derart unwichtig ansieht und die Thematisierung von Religion derart selten innerhalb der Therapie vollzieht, so hoch ist. Gerade die gescheiterten Therapien scheinen ihre Konfliktbereiche in der Auseinandersetzung mit der Religion zu haben. Eine stärkere Thematisierung von Religion und Religiosität scheint daher unerlässlich (s.Tab. 167 und 168). Zwar hat die Religiosität keinerlei Einfluss auf den Erfolg der Therapie oder den Eindruck des Patienten, sein Patient habe Verständnis für seine Kultur und Lebensweise bzw. seine psychosozialen Probleme. Indes ist das Item „Leben nach islamischen Vorschriften“ nicht ohne Einfluss auf den Therapieerfolg. Es sind vor allem jene Patienten, die am strengsten nach islamischen Vorschriften leben und gleichzeitig über einen mangelnden Therapieerfolg berichten (s. Tab. 170), wengleich der Eindruck einen Therapeuten gefunden zu haben, der Verständnis für die Kultur aufbringt, davon nicht abhängt.

Andererseits findet sich ein weiterer hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der praktizierten Religiosität und dem Eindruck des Patienten, sein Therapeut, habe seine psychosozialen Probleme verstanden (s. Tab. 169).

Für die deutschen Patienten gilt, dass weder Religiosität noch der Umstand eines Lebens nach christlichen Vorschriften (das ohnehin nur in einem einzigen Fall geführt wird) Einfluss haben auf Therapieerfolg sowie die Einschätzung einen Therapeuten gefunden zu haben, der Verständnis für die eigene Kultur bzw. die eigenen psychosozialen Probleme aufbringen konnte.

Es ist also die orthopraktische Seite des Islam, die in der psychotherapeutischen Begegnung zu Problemen führt. Der Umstand, dass 15 der Befragten, die nach islamischen Vorschriften leben, angeben, keinen Therapieerfolg bzw. nur einen teilweisen Erfolg sehen zu können und nur ein einziger Befragter, der nicht nach islamischen Vorschriften sein Leben gestaltet, diesen ausbleibenden Erfolg konstatiert, spricht für sich. Es sind also in diesen gescheiterten Psychotherapien und in solchen ohne durch den Patienten verspürtes Therapeutenverständnis verlaufenden Therapien vermutlich religions- bzw. ethnospezifische Konfliktfelder und Tabuthemen gewesen, die zu geschildertem Resultat führten.

- Der Thematisierung von Religion und Religiosität geht allerdings ein Wissen über diese lebensbestimmenden Faktoren voraus. Dies versteht sich auch und gerade im Hinblick auf die umfassend dokumentierten Konfliktfelder und Tabuthemen. Eine Sensibilisierung für diese neuralgischen Punkte in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient ist daher essentiell (s. Kap. 4.2 und Tab. 107 - 114).
- Ausnahmslos alle befragten muslimischen Patienten, bei denen Mythologie und Symbolik zum Einsatz kam, befanden diese Instrumente als hilfreich. Jedoch sind es nur knapp zwei Drittel der Psychotherapeuten, die diese Instrumente als hilfreich bezeichnen und weit weniger als die Hälfte, die Mythologie und Symbolik in der

- Therapie mit muslimischen Patienten tatsächlich einsetzen. Eine Dienstbarmachung dieser Techniken erscheint deshalb als ein Schlüssel zur Optimierung des psychotherapeutischen Vorgehens im Umgang mit Muslimen. Nicht zuletzt an dieser Stelle offeriert der Koran eine Vielzahl von Gleichnissen, Allegorien, Geschichten und Symbolen, die in ihrer Klarheit und Lehrhaftigkeit überaus flexibel einsetzbar, von hohem Wiedererkennungswert und Anerkennungswert und deshalb hilfreich sind (s. Kap. 5.3 und Tab. 172 und 173).
- Der Faktor „Zeit“ ist in vielfacher Hinsicht bei der Analyse des Psychotherapieverlaufs erwähnt worden, sei es seitens der Therapeuten, die mehr in die Vertrauensbildung oder die sprachliche Kommunikation investieren oder sei es der konkrete Wunsch der Patienten, eine längere Therapie bzw. eine höher frequentierten Sitzungsrhythmus zu erhalten. Während letzterer Aspekt die institutionelle Ebene berührt, bezieht sich die Zeitinvestition des Therapeuten in die Interaktion mit seinem Patienten auch auf die inhaltliche Gestaltung der vorhandenen Zeit. Hier scheint es demnach angebracht, einen geduldigeren Ansatz im Umgang mit dem muslimischen Patienten zu verfolgen (s. Tab. 154 und 157).
 - Zuletzt soll noch einmal der Hinweis auf einen Aspekt der konzeptionellen Kultursensibilität - wie sie in Kapitel 5.1 beschrieben wurde – erwähnt werden. Das Potential einer therapeutischen Interaktion darf nicht verwechselt werden mit dem einer therapeutischen Intervention in das psychosoziale Gefüge des muslimischen Patienten. Die Psychotherapie ist nicht der Ort, an dem kulturelle Dispositionen infrage gestellt werden und der Patient durch therapeutische Beeinflussung zur Aufgabe dieser Disposition manövriert wird. Lösungen sind daher im Rahmen der kulturellen Sphäre des Patienten zu suchen, nicht in der Sprengung dieses Rahmens. Therapie kann und darf also nicht der Ort einer Auseinandersetzung der Kulturen sein.

Vielmehr muss (und dies ist wohl der bedeutendste Erkenntnisgewinn dieser empirischen Untersuchung) der Kenntnisstand auf Therapeutenseite hinsichtlich der Kultur und Lebensweise von muslimischen Klienten angehoben werden. Diese Schlussfolgerung ergibt sich aus dem indirekt gemessenen niedrigen Informationsniveau mittels der Abfrage der Kenntnis der Sonnenberger Leitlinien bzw. direkt über das sehr deutliche Eingeständnis seitens der Therapeuten und Ärzte, nur unzureichende Kenntnisse hinsichtlich islamischer Kulturinhalte zu besitzen.

Der Grad der Bereitschaft, kultursensible Therapiekonzepte anzunehmen, wurde ebenso dokumentiert.

Ein Ratgeber diesbezüglich scheint also nicht nur angesichts der vielerorts bekundeten Probleme vonnöten, er wird überdies von einer deutlichen Mehrheit der Therapeuten gefordert.

Eine zentrale Stellung eines solchen Ratgebers müssen demnach die Themen Kultur und Religion einnehmen. Die vorliegende Arbeit und andere Studien (das Zentrum für Türkeistudien zum Beispiel) zeigen nicht zuletzt, dass Muslime in Deutschland mehrheitlich religiös sind. Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Therapie, auch und gerade weil die islamische Geisteswelt Implikationen für die lebensweltliche Alltagsgestaltung der Gläubigen enthält.

Therapeutische Maßnahmen müssen daher in Versöhnung mit Religion und Kultur formuliert werden, nicht in Konfrontation mit diesen Identität stiftenden Bezugssystemen.

Das therapeutische Potential des Korans sei an dieser Stelle noch einmal explizit erwähnt. Darunter soll nicht die Forderung verstanden werden, eine Koranausbildung sowie eine exegetische Lesung des Buches von Therapeuten und ärztlichem Personal abzuverlangen. Vielmehr eine in Ratgeberform komprimierte Sensibilisierung für die Türöffner in der Therapeut-Patient-Kommunikation, die sich in den Suren des Korans verbergen, ist hier gemeint. Es sind vor allem die Kapitel 4 und 5 dieser Arbeit, die mögliche Spielräume kultursensibler

Therapiekonzepte ausloten, indem sie von einer ethnologischen bzw. anthropologischen Ebene aus Handlungsempfehlungen ableiten.

Die globalen Wanderungsbewegungen und die Transnationalisierung der Gesellschaften werden in Zukunft immer stärker ihre Entsprechung in den unterschiedlichen Gesundheitssektoren Deutschlands finden. Eine Erweiterung und Öffnung der deutschen (psychosozialen) Versorgungslandschaft um und für interkulturelle Konzepte ist daher ein Gebot der Zeit. Die Förderung der zweiten und dritten Generation der Migrantenkinder in Form von Ausbildung und Studium hinsichtlich psychosozialer Versorgung ist ein weiteres Schlüsselement dieser interkulturellen Öffnung.

Dass diese institutionellen Weichen im Einklang mit den Ergebnissen empirischer Forschung vor allem im Hinblick auf migratorische Subgruppen gestellt werden müssen, um die psychotherapeutische Begegnung zwischen Okzident und Orient für alle gewinnbringend zu gestalten, soll abschließend noch einmal betont werden.

Literaturverzeichnis

Abd El-Gawad, M.S. (1995). Transcultural psychiatry in Egypt. In I. Al-Issa (Hg.), Handbook of culture and mental illness: An international perspective (S.53-63). Madison, CT: International University Press.

Abu-Baker, K.(1999b). The importance of cultural sensitivity and therapist's self-awareness when working with mandatory clients. Family process, 38, 55-67.

Abu-Baker, K.(2002): Arab women, sex, and sexuality: The presence of Arab society and culture in individual and marital therapy among Palestinian women. Hamizrah Hehadash. Vol. MG, 229-245.

Adler, A. (1959). The practice and theory of individual psychology. Totowa, NJ: Littlefield Adams.

Alarcon, R.D. & Foulks, E.F. (1997). Cultural factors and personality disorders. In: American Psychiatric Association (1997). DSM-IV sourcebook (Vol.3, pp.975-982). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Al-Jabiri, M.A. (1991b). Arab political thought. Beirut: Al-MARKAZ al-Thaqafi al-Arabi.

Al-Kittani, F. (2000). Parents' approaches in socialization. Amman: Dar Al-Shoroq.

Allredge, E., E. (1984). Child-rearing practices in the homes of Arab immigrants: A study of ethnic persistence. Dissertation. Michigan State University.

Auernheimer, G. (1995). Einführung in die kulturelle Beziehung. Darmstadt:

Authman, W. (1999). The Arab family. In: Zakariya, K. (Hg.), Studies of Arab society (S. 177-218). Damascus: Al-Ahali.

Baasher, T. (1962). Some aspects of the history of the treatment of mental disorders in the Sudan. Sudan Medical Journal, 1, 44.

Barakat, H. (1993). The Arab world: Society, culture, and state. Los Angeles: University of California Press.

Barazangi, N.H. (1996). Parents and youth: Perceiving and practicing Islam in North America. In: Aswad, B.C./ Bilgé, B. (Hg.), Family and gender among American Muslims: Issues facing Middle Eastern immigrants and their descendants (S. 129-142). Philadelphia: Temple University Press.

Baumeister, R.F. (1997). Identity, self-concept, and self-esteem. In Hogan, R. et al. (Hrsg.), Handbook of personality psychology (S: 687-710). San Diego: Academic Press.

Behrens, K. & Calliess, I. T. (2008). Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten. Eine systematische Differenzierung anhand einer qualitativen

Inhaltsanalyse von Behandlungsverläufen. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 58, S. 162-168.

Berg-Cross, L./ Chinen, R.T. (1995). Multicultural training models and person-in-culture interview. In: Ponterotto, J.G. et al. (Hg.), Handbook of multicultural counseling (S.333-356). Thousand Oaks, CA: Sage.

Branik E, Mulhaxha A. (2000). Zur Rehabilitation von Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien in der Hochschwarzwald-Klinik St. Blasien. In: Heise, T (Hrsg.). Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. (S. 185-199). Berlin: VWB.

Brucks, U. (2004). psychoneuro 2004; 30 (4): 228–231.

Brucks U, Wahl WB. Gesundheitsversorgung für Zuwanderinnen und Zuwanderer – Regionale Fallstudien: Kiel, Lübeck, Neumünster, Kreis Pinneberg. 2002: [http:// landesregierung.schleswig-holstein.de/coremedia/generator/Aktueller_20Bestand/ MASGV/ Information/ Gesvers Zuwander.html](http://landesregierung.schleswig-holstein.de/coremedia/generator/Aktueller_20Bestand/MASGV/Information/GesversZuwander.html)

Brucks U, Salisch E. v., Wahl W. (1987). Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung. Hamburg: EB Verlag.

Budman et al. (1992). The cultural consultant in mental health care: The case of an Arab adolescent. American Journal of Orthopsychiatry, 62(3), 359-370.

Cerda-Hegerl, P. (2008). Interkulturelle Aspekte in der medizinischen Versorgung nichtdokumentierter Migranten. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 58, S. 136-145.

Devereux, G. (1973). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. München: Hanser.

Donaldson, B.A. (1981). The evil eye in Iran. In: Dundes, A. (Hg.), *The evil eye: A folklore casebook* (S. 66-77). New York: Garland.

Dornheim, J. (1997). Unterschiedliche Kulturbegriffe und ihre Bedeutung für Theorien der transkulturellen Pflege- ein Beitrag zu den Grundlagen der Pflegewissenschaft. In Uzarewicz, Ch. & Piechotta, G. (Hg.), *Transkulturelle Pflege* (S. 11-33). Berlin: VWB.

Dwairy, M. (1997b). Addressing the repressed needs of the Arabic client. *Cultural Diversity and Mental Health*, 3(1), 1-12.

Dwairy, M. (1997c). *Personality, culture and Arabic society*. Jerusalem: Al-Noor.

Dwairy, M. (2002a). Foundations of psychosocial dynamic personality theory of collective people. *Clinical Psychology Review*, 22, 343-360.

Dwairy, M. (2006). *Counseling and Psychotherapy with Arabs and Muslims. A culturally sensitive approach*. New York: Teachers College Press.

Eisenlohr, C.J. (1996). Adolescent Arab girls in American high school. In: Aswad, B.C./ Bilg e, B. (Hg.), *Family and gender among American Muslims*:

Issues facing Middle Eastern immigrants and their descendants (S.250-270).

Philadelphia: Temple University Press.

Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, NJ: Citadel.

Erikson, E.H. (1966). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Erikson, E.H. (1968). Identity: Youth and Crisis. New York: Norton.

Fabrega, H. jr. (1992). The role of culture in a theory of psychiatric illness. In: Social Sciences & Medicine 35, No.1: 91-103.

Fargness, P. (1996). The Arab world: The family as fortress. In: Burguière, A. et al. (Hg.), A history of the family : Vol.2. The impact of modernity (S.339-374). Cambridge, MA: Belknap Press.

Fisek, G.O. & Kagitcibasi, C. (1999). Multiculturalism and psychotherapy: The Turkish case. In: Pedersen, P.B. (Hg.), Multiculturalism as a fourth force. (S. 75-92), Philadelphia: Brunner/Mazel.

Geertz, C. (1996). Welt in Stücken. Kultur und Politik am Ende des 20. Jahrhunderts.

Gieseke, S. (2008). Asylbewerber. Kein akuter Schmerzzustand. Deutsches Ärzteblatt, 4, 169-170.

Habermann, M. (1993). Das kulturgebundene Syndrom. In: Sich et al. (Hg.): Medizin und Kultur- eine Propädeutik für Studenten der Medizin und Ethnologie. (S. 95-106). Frankfurt a. M:

Habermas, J. (1982). Theorie des kommunikativen Handelns. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Frankfurt am Main:

Halm, D./ Sauer, M. (2006): Parallelgesellschaft und ethnische Schichtung. Aus: Aus Politik und Zeitgeschichte (2006), 1-2, S.18-24.

Harfouche, J.K. (1981). The evil eye and infant health in Lebanon. In: Dundes, A. (Hg.), The evil eye: A folklore casebook (S. 86-106). New York.

Hellpach, W. (1954). Kulturpsychologie. Stuttgart: Enke.

Henning, Ch. (Hg.) (2002). Einführung in die Religionspsychologie. Zürich: Schöningh.

Hofstede, G. (1980). Culture's Consequences. Beverly Hills, CA: Sage.

Honold, P. (2000). Interkulturelles Usability Engineering. Düsseldorf: VDI - Verlag.

Hourani, A. (1983). Arabic thought in the liberal age. London: Cambridge University Press.

Janßen, A. & Polat, A. (2006): Soziale Netzwerke türkischer Migrantinnen und Migranten. Aus: Aus Politik und Zeitgeschichte (2006), 1-2, S. 11-17.

Jung, C.G. (1959). Collected works. London: Routledge & Kegan Paul.

Katz, P. A. (1976). Towards the elimination of racism. New York: Pergamon

Knipper, M. & Akinci, A. (2005). Projekt: Wahlfach "Migrantenmedizin"-
Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit
Migrationshintergrund. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. 22 (4):
Doc215

Koch, U. & Brähler, E. (2008). „Migration und Gesundheit“ – ein Thema mit
hoher Priorität. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische
Psychologie, 58, S. 105-107.

König, E. & Zedler, P. (1995). Bilanz qualitativer Sozialforschung. Band I:
Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Deutscher Studienverlag:
Weinheim.

Laabdallaoui, M. & Rüschoff, I. (2005). Ratgeber für Muslime bei
psychischen und psychosozialen Krisen. Bonn:

Landy, D. (Hg.) (1977). Culture, Disease, and Healing. Studies in Medical
Anthropology. New York/ London: Collier-Macmillan.

Leslie, Ch. (Hg.) (1976). Asian Medical Systems: A Comparative Study.
Berkeley/ Los Angeles/ London: University of California Press.

Lévi-Strauss, C. (1974). Einleitung in das Werk von Marcel Mauss.
München: Hauser.

Levitt, E.E. & Truumaa, A. (1972). The Rorschach technique with children
and adolescents: Application and norms. New York: Grune& Stratton.

Lindert, J. et al. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 58, S. 123-129.

Malinowski, B. (1935). *A scientific theory of culture*. Chapel Hill: University of California Press.

Mazarweh, G. (2006, 11. Mai). Ödipus in Arabien. *Die Zeit -Mensch und Geschichte*, S. 1-4.

Möhring, P. & Apsel, R. (Hg.) (1995). *Interkulturelle psychoanalytische Therapie*. Frankfurt/ Main: Brandes & Apsel.

Möske, M. et al. (2008). Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/ psychosomatischen Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 58, S. 176-182.

Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 58, S. 169-175.

Moro, M. R. (2000). *Psychothérapie transculturelle des enfants et des migrants*. Paris : Munod.

Nadig, Maya (1997). *Die Verborgene Kultur der Frau*. Frankfurt/Main: Fischer.

Markus, H.R. & Kitayama, S. (1998). The cultural psychology of personality. *Journal of Cross-Cultural Psychology and Research*, 29(1), 63-87.

Mernissi, F. (1992). *The veil and the male elite: A feminist interpretation of women's rights in Islam*. London: Perseus Books.

Mernissi, F. (1993). *Women and Islam: An historical and theological enquiry*. New York: Kali for Women.

Murphy, H.B.M. (1982). *Comparative psychiatry: The international and intercultural distribution of mental illness*. New York: Springer-Verlag.

Müller-Benedict, V. (2001). *Grundkurs Statistik in den Sozialwissenschaften*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Noor El-Deen, M.A. (2000). *Camouflage in the authoritarian Arab society*. Casablanca, Morocco: Al-Markaz.

Okasha, A. (1999). Mental health in the Middle East: An Egyptian perspective. *Clinical Psychology Review*, 19(8), 917-933.

Okasha, A. et al. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Comprehensive Psychiatry*, 35(3), 191-197.

Parin et al. (1971). *Fürchte deinen Nächsten wie dich selbst: Psychoanalyse und Gesellschaft am Modell der Agni in Westafrika*. Frankfurt: Fischer.

Patai, R. (2002). *The Arab mind*. New York: Hatherleigh Press.

Pedersen, P.B. (1990). The multicultural perspective as a fourth force in psychology. *Journal of Counselling and Development*, 70, 3-14.

Quekelberghe, R. v. (1991). *Klinische Ethnopsychologie. Einführung in die transkulturelle Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie.* Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

Racy, J. (1977). Psychiatry in the Arab East. In: Brown, L./ Itzkowitz (Hg.), *Psychological dimensions of Near Eastern studies* (S.279-329). Princeton, NJ: Darwin Press.

Reich, W. (1932). *Charakteranalyse. Technik und Grundlagen.* Für Studierende und praktizierende Analytiker. Wien: Selbstverlag.

Reichmayr, J. (2003). *Ethnopsychanalyse. Geschichte, Konzepte und Anwendungen.* Gießen: Psychosozialverlag.

Sampson, E.E. (1978). Personality and the location of identity. *Journal of Personality*, 46, 552-568.

Silbereisen, R.K. et al. (1989). Entwicklungsübergänge und Problemverhalten bei deutschen und türkischen Jugendlichen in Berlin. In: Trommsdorf, G. (Hg.), *Sozialisation im Kulturvergleich* (S.122-155). Stuttgart: Enke.

Simon, J.P. (1996). Lebanese families. In: McGoldrick, M. et al (Hg.), *Ethnicity and family therapy* (S.364-375). New York: Guilford Press.

Singelis, T.M. (1994). The measurement of independent and interdependent self-construals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 580-591.

Schneider, Ch. (2001). *Persönlichkeit und Selbst*. Dissertation. Hamburg: Dr. Kovac.

Schouler-Ocak, M et al. (2008). Psychotherapie bei traumatisierten Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund: Berücksichtigung kultureller Faktoren. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 58, S. 169-175.

Stagl, J. (1986). *Kulturanthropologie und Kultursoziologie: ein Vergleich*. *Kultur und Gesellschaft*, 27, (Sonderheft), S.75-91.

Sturm, G. (2001). Aktuelle Entwicklungen in der ethnopsychoanalytisch orientierten Psychotherapie in Frankreich. Der ethnopsychiatrische Therapieansatz von Marie Rose Moro. In: Sippel-Süsse, J. & Apsel, R. (Hrsg.): *Ethnopsychoanalyse (Band 6)*. Frankfurt a. Main: Brandes & Apsel.

Stryker, S. (1980). *Symbolic Interaktion: A social-structural version*. Menlo Park, CA: Benjamin/ Cummings.

Sue, D.W. & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. New York: Wiley.

Tajfel, H. & Turner, J.C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In Austin, W. G. & Worchel, S. (Hrsg.), *The social psychology of intergroup relations*. S. 33-47. Monterrey: Brooks-Cole.

Thomas, A. (1989). Sozialisationsprobleme im Akkulturationsprozeß. In: Trommsdorf, G. (Hg.), Sozialisation im Kulturvergleich (S.174-195). Stuttgart: Enke.

Thomas, A. (Hg.) (1993). Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe -Verlag für Psychologie.

Thomas, A. (1993). Psychologie interkulturellen Lernens und Handelns. In: Alexander Thomas (Hrsg.): Kulturvergleichende Psychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Triandis, H.C. (1995). Individualism and collectivism. San Francisco: Westview Press.

Tylor, E.B. (1873). Anfänge der Kultur. 2 Bde. Leipzig.

Vigotsky, I.S. (1978). Mind in society: The development of higher mental processes. Cambridge, MA: MIT Press.

Young, A. (1982a). The anthropologies of illness and sickness. Annual Revue of Anthropology, 11, 257-285.

Young, A. (1983). The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care. Social Sciences and Medicine, 17, 1205-1211.

WHO. (1973). The international pilot study of schizophrenia. Geneva:Author.

WHO. (1979). Schizophrenia: An international follow-up. New York: John Wiley.

Witkin, H.A. (1967). Cognitive styles across culture. London: Methuen.

Wober, M. (1967). Sensotypes. London: Methuen.

Anhang II

Therapeutenfragebogen (Thf)

Liebe Kollegin, lieber Kollege,
ich bitte Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Ziel dieses Projekts ist es,
die Psychotherapie in Teilen zu verbessern. Mit ihrer Mitwirkung würden Sie
einen Teil zum Gelingen dieser Arbeit beitragen. Alle Angaben werden
vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.
Für Ihre Mühen bin ich Ihnen sehr zu Dank verpflichtet.

1. Wie alt sind Sie?

____Jahre

2. Sind sie...

 männlich weiblich

3. Wie lange sind Sie bereits als Therapeut tätig?

____Jahre

4. Welcher Schule gehören Sie an?

Verhaltens-
therapie

Psychoanalyse

Tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie

____sonstige

5. Welcher Konfession bzw. Religion gehören Sie an?

6. Können Sie sich erinnern, wann Sie zum ersten Mal einen Patienten muslimischen Glaubens behandelt haben?

ungefähr im Jahre _____

7. Wie viel Prozent Ihrer Patienten sind muslimischen Glaubens?

ungefähr _____%

8. Wie viele davon sind praktizierende Gläubige?

ungefähr _____%

9. Welche Störungsbilder herrschen bei muslimischen Patienten vor?

_____	_____	_____
-------	-------	-------

10. Sehen Sie unterschiedliche Störungsbilder bei muslimischen Patienten (im Vergleich zu nichtmuslimischen)

 ja

 nein

 weiß nicht

Wenn ja, welche? _____

11. Sehen Sie Unterschiede bei der eigenen Wahrnehmung von Krankheit bei muslimischen Patienten (im Vergleich zu nichtmuslimischen)?

 ja

 nein

 weiß nicht

Wenn ja, welche? _____

12. Können Sie einen längeren Medikamentenmissbrauch (Schmerz- und Beruhigungsmittel, Psychopharmaka) bei muslimischen Patienten feststellen (im Vergleich zu nichtmuslimischen)?

 ja

 nein

 weiß nicht

13. Können Sie eine längere Phase von Haus- bzw. Allgemeinarztconsultationen bei muslimischen Patienten feststellen, bevor diese eine Psychotherapie beginnen (im Vergleich zu nichtmuslimischen)?

 ja

 nein

 weiß nicht

14. Haben Sie Eindruck, dass muslimischen Patienten im Allgemeinen eine höhere Erwartungshaltung gegenüber Ihnen einnehmen als nichtmuslimische Patienten?

 ja

 nein

 teils teils

15. Wie gehen Sie mit dieser gegebenenfalls verspürten Erwartungsbesonderheit um?

16. Haben Sie den Eindruck, dass Vertrauensbildung im Umgang mit muslimischen Patienten schwieriger vonstatten geht als zu nichtmuslimischen Patienten?

 ja

 nein

 teils teils

17. Welche Strategien wenden Sie an, um dieses Problem zu lösen?

18. Konnten Sie im Laufe Ihrer praktischen Erfahrung kulturspezifische Konfliktfelder bei Muslimen ausmachen?

ja nein teils teils

Wenn ja, welche? _____

19. Konnten Sie im Laufe Ihrer praktischen Erfahrung kulturspezifische Tabuthemen bei Muslimen ausmachen?

ja nein teils teils

Wenn ja, welche? _____

20. Welche Rolle spielt Religion in der Therapie mit muslimischen Patienten?
(1=sehr große Rolle, 5=gar keine Rolle)

1 2 3 4 5

21. Thematisieren Sie Religion und Religiosität innerhalb der Therapie mit muslimischen Patienten?

ja nein teils teils

22. Gibt es sprachliche Barrieren bei der Behandlung von muslimischen Patienten?

ja nein teils teils

23. Würden Sie diese sprachlichen Barrieren als die hauptsächliche Schwierigkeit innerhalb der Behandlung von muslimischen Patienten betrachten?

ja nein

24. Welche Strategien wenden Sie an, um diese Barrieren zu überbrücken?

25. Abgesehen von sprachlichen Barrieren, können Sie andere Schwierigkeiten benennen?

26. Welche Strategien wenden Sie an, um diese Barrieren zu überbrücken?

27. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit von Mythologie und Symbolik innerhalb der Therapie mit Muslimen ein? (1=sehr groß, 5=sehr gering)

 1 2 3 4 5

28. Wenden Sie Mythologie und Symbolik als therapeutische Instrumente in Ihrer Therapie mit Muslimen an?

 ja nein teils teils

29. Haben Sie sich schon einmal mit Kollegen über die eventuell besonderen Herausforderungen innerhalb der Therapie von muslimischen Patienten ausgetauscht?

 ja nein

30. Haben Sie das Gefühl, ausreichend über die Lebensweise und Kultur von Muslimen aufgeklärt zu sein?

 ja nein weiß nicht

31. Sehen Sie die Notwendigkeit eines Erwerbs von interkulturellen Kompetenzen im Umgang mit muslimischen Patienten?

 ja nein weiß nicht

32. Sehen Sie die Notwendigkeit einer kultursensiblen Psychotherapie?

 ja nein weiß nicht

33. Wie müsste Sie Ihrer Meinung nach konzipiert sein?

34. Welche Therapieschule wäre dafür am ehesten geeignet?

35. Würden Sie einen Ratgeber zum Umgang mit muslimischen Patienten hilfreich finden?

 ja nein weiß nicht

36. Kennen Sie die Sonnenberger Leitlinien?

 ja nein teils teils

37. Würden Sie allgemein sagen, die psychosoziale Versorgung von Muslimen ist im deutschen Gesundheitssystem defizitär?

ja

nein

weiß nicht

38. Wo liegen Ihrer Meinung nach die Probleme?

39. Was wünschen Sie sich vom Gesetzgeber hinsichtlich dieser Probleme?

40. Haben Sie sich schon einmal mit Kollegen über diese Probleme ausgetauscht?

ja

nein

Vielen Dank!

Anhang III

Ärztefragebogen (Ärzf)

Liebe Kollegin, lieber Kollege,
ich bitte Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Ziel dieses Projekts ist es,
die Psychotherapie in Teilen zu verbessern. Mit ihrer Mitwirkung würden Sie
einen Teil zum Gelingen dieser Arbeit beitragen. Alle Angaben werden
vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.
Für Ihre Mühen bin ich Ihnen sehr zu Dank verpflichtet.

1. Wie alt sind Sie?

___Jahre

2. Sind sie...

 männlich weiblich

3. Wie lange sind Sie bereits als Arzt tätig?

___Jahre

4. Welcher Fachgruppe gehören Sie an?

Psychiater-
NeurologeAllgemein-
arzt

Internist

Arzt f. Psycho-
therapie

Gynäkologe



Kardiologe

5. Welcher Konfession bzw. Religion gehören Sie an?

6. Können Sie sich erinnern, wann Sie zum ersten Mal einen Patienten
muslimischen Glaubens behandelt haben?

ungefähr im Jahre _____

7. Wie viel Prozent Ihrer Patienten sind muslimischen Glaubens?

ungefähr ___%

8. Wie viele davon sind praktizierende Gläubige?

ungefähr ___%

9. Welche Störungsbilder herrschen bei muslimischen Patienten vor?

10. Sehen Sie unterschiedliche Störungsbilder bei muslimischen Patienten (im Vergleich zu nichtmuslimischen)

ja nein weiß nicht

Wenn ja, welche? _____

11. Sehen Sie Unterschiede bei der eigenen Wahrnehmung von Krankheit bei muslimischen Patienten (im Vergleich zu nichtmuslimischen)?

ja nein weiß nicht

Wenn ja, welche? _____

12. Können Sie einen längeren Medikamentenmissbrauch (Schmerz- und Beruhigungsmittel, Psychopharmaka) bei muslimischen Patienten feststellen (im Vergleich zu nichtmuslimischen)?

ja nein weiß nicht

13. Können Sie eine längere Phase von Haus- bzw. Allgemeinarztconsultationen bei muslimischen Patienten feststellen, bevor diese eine Psychotherapie beginnen (im Vergleich zu nichtmuslimischen)?

ja nein weiß nicht

14. Haben Sie Eindruck, dass muslimischen Patienten im Allgemeinen eine höhere Erwartungshaltung gegenüber Ihnen einnehmen als nichtmuslimische Patienten?

ja nein teils teils

15. Wie gehen Sie mit dieser gegebenenfalls verspürten Erwartungsbesonderheit um?

16. Haben Sie den Eindruck, dass Vertrauensbildung im Umgang mit muslimischen Patienten schwieriger vonstatten geht als zu nichtmuslimischen Patienten?

ja nein teils teils

17. Welche Strategien wenden Sie an, um dieses Problem zu lösen?

18. Konnten Sie im Laufe Ihrer praktischen Erfahrung kulturspezifische Konfliktfelder bei Muslimen ausmachen?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teils teils
Wenn ja, welche? _____		

19. Konnten Sie im Laufe Ihrer praktischen Erfahrung kulturspezifische Tabuthemen bei Muslimen ausmachen?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teils teils
Wenn ja, welche? _____		

20. Gibt es sprachliche Barrieren bei der Behandlung von muslimischen Patienten?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teils teils

21. Würden Sie diese sprachlichen Barrieren als die hauptsächliche Schwierigkeit innerhalb der Behandlung von muslimischen Patienten betrachten?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teils teils

22. Welche Strategien wenden Sie an, um diese Barrieren zu überbrücken?		

23. Abgesehen von sprachlichen Barrieren, können Sie andere Schwierigkeiten benennen?		

24. Welche Strategien wenden Sie an, um diese Barrieren zu überbrücken?		

25. Haben Sie sich schon einmal mit Kollegen über die eventuell besonderen Herausforderungen innerhalb der Therapie von muslimischen Patienten ausgetauscht?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

26. Haben Sie das Gefühl, ausreichend über die Lebensweise und Kultur von Muslimen aufgeklärt zu sein?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht

27. Sehen Sie die Notwendigkeit eines Erwerbs von interkulturellen Kompetenzen im Umgang mit muslimischen Patienten?

 ja

 nein

 weiß nicht

28. Sehen Sie die Notwendigkeit einer kultursensiblen Psychotherapie?

 ja

 nein

 weiß nicht

29. Wie müsste Sie Ihrer Meinung nach konzipiert sein?

30. Welche Therapieschule wäre dafür am ehesten geeignet?

31. Würden Sie einen Ratgeber zum Umgang mit muslimischen Patienten hilfreich finden?

 ja

 nein

 weiß nicht

32. Kennen Sie die Sonnenberger Leitlinien?

 ja

 nein

 teils teils

33. Würden Sie allgemein sagen, die psychosoziale Versorgung von Muslimen ist im deutschen Gesundheitssystem defizitär?

 ja

 nein

 weiß nicht

34. Wo liegen Ihrer Meinung nach die Probleme?

35. Was wünschen Sie sich vom Gesetzgeber hinsichtlich dieser Probleme?

36. Haben Sie sich schon einmal mit Kollegen über diese Probleme ausgetauscht?

 ja

 nein

37. Wollen Sie noch irgendetwas sagen, was bisher noch nicht erfragt wurde?

Vielen Dank!

Anhang IV

Fragebogen für Muslimische Patienten

Ich bitte Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Ziel dieses Projekts ist es, die Psychotherapie in Teilen zu verbessern. Mit ihrer Mitwirkung würden Sie einen Teil zum Gelingen dieser Arbeit beitragen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.
Für Ihre Mühen bin ich Ihnen sehr zu Dank verpflichtet.

1. Wie alt sind Sie?

____Jahre

2. Sind sie...

 männlich weiblich

3. In welchem Land wurden Sie geboren?

4. In welchem Land wurden Ihre Eltern geboren?

5. Sind Sie verheiratet?

 ja nein

6. Lebt Ihre Familie in Deutschland?

 ja nein

7. Wann sind Sie nach Deutschland gekommen?

Im Jahre _____

8. Wie religiös sind Sie? (1=sehr religiös, 5=gar nicht religiös)

 1 2 3 4 5

9. Leben Sie nach den islamischen Vorschriften?

 ja nein

10. Welche seelischen Beschwerden haben Sie?

11. Wann haben Sie diese Beschwerden zum ersten Mal festgestellt?

Vor ungefähr _____ Jahren.

12. Welche körperlichen Beschwerden haben Sie?

13. Wann haben Sie diese Beschwerden zum ersten Mal festgestellt?

Vor ungefähr _____ Jahren.

14. Haben Ihre körperlichen Beschwerden eine psychische Ursache?

ja

nein

15. Können Sie sich vorstellen, dass ein körperlicher Schmerz eine psychische Ursache haben kann?

ja

nein

16. Sind sie wegen ihrer körperlichen Schmerzen zum Hausarzt gegangen?

ja

nein

17. Hat er Ihnen Medikamente verschrieben?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

18. Wie lange haben Sie Medikamente genommen?

19. Nehmen Sie immer noch Medikamente?

ja

nein

20. Helfen Ihnen diese Medikamente?

ja

nein

21. Nehmen Sie diese Medikamente mit einem guten oder einem unguen Gefuehl?

gutes Gefuehl

unguetes Gefuehl

22. Hat Ihr Hausarzt Ihnen gesagt, Sie sollen zu einem Psychotherapeuten gehen?

ja

nein

23. Wie lange war die Zeit zwischen dem ersten Hausarztbesuch wegen Ihrer Probleme und dem Anfang der Psychotherapie?

24. Welche Meinung hatten Sie vor Beginn der Therapie über die Psychotherapie?

gute Meinung

schlechte Meinung

25. Welche Meinung haben Sie jetzt von der Therapie?

gute Meinung

schlechte Meinung

26. Welche Erwartungen hatten Sie von der Therapie?

27. Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?

ja

nein

Wenn nein, warum nicht? _____

28. Haben Sie nur eine einzige Therapie durchgeführt?

ja

nein

Wenn nein, wie viele? _____

29. Fühlen Sie sich jetzt nach der Psychotherapie besser?

ja

nein

30. Weiß ihre Familie von ihrer Krankheit?

ja

nein

31. Haben Sie sich mit anderen Personen (außerhalb ihrer Familie) über ihre seelische Krankheit unterhalten?

ja

nein

32. Wie waren die Reaktionen von Ihrer Familie und diesen anderen Personen?

33. Haben Sie jemanden, mit dem sie über Ihre psychischen Probleme reden können?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

34. Wie dachten Sie über Ihre Krankheit?

35. Wie denken Sie jetzt darüber?

36. Haben Sie Angst oder Hemmungen, mit jemandem über Ihre Probleme zu reden?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

37. Wie haben Sie sich selbst in der Therapie gefühlt? (1=sehr wohl, 5=sehr schlecht)

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

38. Hatten Sie das Gefühl, dass man Sie und Ihre Probleme versteht?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

39. Würden Sie die Therapie als erfolgreich bezeichnen?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Wenn nein, was waren Probleme während der Therapie?

40. Hatten Sie das Gefühl, Ihr Therapeut hatte Verständnis für Ihre Kultur, Ihre Religion und Ihre Lebensweise?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

41. War Religion ein Thema während der Therapie?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

42. Gab es irgendwelche konkreten Probleme während der Therapie?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

43. Wie war es mit der Sprache? Konnten Sie sich gut mit dem Therapeuten verständigen?

ja

nein

44. Abgesehen von der Sprache, glauben Sie, dass ein muslimischer Therapeut einen muslimischen Patienten besser versteht, nur weil er Muslime ist?

ja

nein

45. Wurden in Ihrer Therapie Geschichten, Märchen, Symbole und dergleichen benutzt?

ja

nein

46. Wenn ja, fanden Sie das hilfreich?

ja

nein

47. Was würden Sie sich für die Therapie wünschen, damit sie besser wird?

48. Wie stellen Sie sich Ihren idealen Therapeuten vor?

Vielen Dank!

Anhang V

Fragebogen für deutsche Patienten

Ich bitte Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Ziel dieses Projekts ist es, die Psychotherapie in Teilen zu verbessern. Mit ihrer Mitwirkung würden Sie einen Teil zum Gelingen dieser Arbeit beitragen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.
Für Ihre Mühen bin ich Ihnen sehr zu Dank verpflichtet.

1. Wie alt sind Sie?

____ Jahre

2. Sind sie...

 männlich weiblich

3. Sind Sie verheiratet?

 ja nein

4. In welchem Land wurden Sie geboren?

5. In welchem Land wurden Ihre Eltern geboren?

6. Welcher Konfession/Religion gehören Sie an?

7. Wie religiös sind Sie? (1=sehr religiös, 5=gar nicht religiös)

 1 2 3 4 5

8. Leben Sie nach den christlichen bzw. anderen religiösen Vorschriften?

 ja nein

9. Welche seelischen Beschwerden haben Sie?

10. Wann haben Sie diese Beschwerden zum ersten Mal festgestellt?

Vor ungefähr _____ Jahren.

11. Welche körperlichen Beschwerden haben Sie?

12. Wann haben Sie diese Beschwerden zum ersten Mal festgestellt?

Vor ungefähr _____ Jahren.

13. Haben Ihre körperlichen Beschwerden eine psychische Ursache?

ja

nein

14. Können Sie sich vorstellen, dass ein körperlicher Schmerz eine psychische Ursache haben kann?

ja

nein

15. Sind sie wegen ihrer körperlichen Schmerzen zum Hausarzt gegangen?

ja

nein

16. Hat er Ihnen Medikamente verschrieben?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

17. Wie lange haben Sie Medikamente genommen?

18. Nehmen Sie immer noch Medikamente?

ja

nein

19. Helfen Ihnen diese Medikamente?

ja

nein

20. Nehmen Sie diese Medikamente mit einem guten oder einem unguen Gefühl?

gutes Gefühl

unguetes Gefühl

21. Hat Ihr Hausarzt Ihnen gesagt, Sie sollen zu einem Psychotherapeuten gehen?

ja

nein

22. Wie lange war die Zeit zwischen dem ersten Hausarztbesuch wegen Ihrer Probleme und dem Anfang der Psychotherapie?

23. Welche Meinung hatten Sie vor Beginn der Therapie über die Psychotherapie?

gute Meinung

schlechte Meinung

24. Welche Meinung haben Sie jetzt von der Therapie?

gute Meinung

schlechte Meinung

25. Welche Erwartungen hatten Sie von der Therapie?

26. Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?

ja

nein

Wenn nein, warum nicht? _____

27. Haben Sie nur eine einzige Therapie durchgeführt?

ja

nein

Wenn nein, wie viele? _____

28. Fühlen Sie sich jetzt nach der Psychotherapie besser?

ja

nein

29. Weiß ihre Familie von ihrer Krankheit?

ja

nein

30. Haben Sie sich mit anderen Personen (außerhalb ihrer Familie) über ihre seelische Krankheit unterhalten?

ja

nein

31. Wie waren die Reaktionen von Ihrer Familie und diesen anderen Personen?

32. Haben Sie jemanden, mit dem sie über Ihre psychischen Probleme reden können?

ja

nein

33. Wie dachten Sie über Ihre Krankheit?

34. Wie denken Sie jetzt darüber?

35. Haben Sie Angst oder Hemmungen, mit jemandem über Ihre Probleme zu reden?

ja

nein

36. Wie haben Sie sich selbst in der Therapie gefühlt? (1=sehr wohl, 5=sehr schlecht)

1

2

3

4

5

37. Hatten Sie das Gefühl, dass man Sie und Ihre Probleme versteht?

ja

nein

38. Würden Sie die Therapie als erfolgreich bezeichnen?

ja

nein

Wenn nein, was waren Probleme während der Therapie?

39. Hatten Sie das Gefühl, Ihr Therapeut hatte Verständnis für Ihre Kultur, Ihre Religion und Ihre Lebensweise?

ja

nein

40. War Religion ein Thema während der Therapie?

ja

nein

41. Gab es irgendwelche konkreten Probleme während der Therapie?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

42. Abgesehen von der Sprache, glauben Sie, dass ein christlicher Therapeut einen christlichen Patienten besser versteht, nur weil er Christ ist?

ja

nein

43. Wurden in Ihrer Therapie Geschichten, Märchen, Symbole und dergleichen benutzt?

ja

nein

44. Wenn ja, fanden Sie das hilfreich?

ja

nein

45. Was würden Sie sich für die Therapie wünschen, damit sie besser wird?

46. Wie stellen Sie sich Ihren idealen Therapeuten vor?

Vielen Dank!