



# Religion, Kultur und Psychotherapie bei muslimischen Migranten

**Die Religion hat v. a. in der islamischen Gesellschaft sowohl im Herkunfts- als auch im Migrationsland erheblichen Einfluss auf das alltägliche Leben der Familie. Dieses wiederum bestimmt das Denken, die Emotionen und das Verhalten der Menschen, die z. B. ritualisiert und durch Zeremonien versuchen, psychische Erkrankungen zu verstehen und zu heilen. Der Erfassung individueller und kultureller Ressourcen, die mit dem therapeutischen Ziel der Verhaltensänderung eingesetzt werden können, kommt große Bedeutung zu.**

Die psychiatrische und psychotherapeutische Arbeit in der westlichen Welt der ersten Hälfte des 20. Jh.s legte es nahe, religiöse-spirituelle Einstellungen von Patienten v. a. auf mögliche pathogene Einflüsse hin zu untersuchen. Sigmund Freud prägte schon zu dieser Zeit mit seiner Hypothese, dass Religion auf einer grundsätzlichen „Zwangsneurose“ sowie dem regressiven, illusionären Wunsch nach dem Schutz eines allmächtigen Vaters beruhe und der nötigen „Erziehung zur Realität“ entgegenstehe, die Interaktion zwischen Psychotherapie und Religion (Freud 1964-1968). In der Folge beschäftigten sich andere Wissenschaftler mit Religion, wie z. B. James (1902/1997), Schätzing (1955) und Thomas (1964), die deren Bedeutung im Zusammenhang von Neurosen für die Diagnostik psychischer Störungen diskutierten.

Erst nach den 1980er Jahren begann die Forschung, sich mit Religion als unterstützendem Potenzial zu beschäftigen. Die neue Ressourcenorientierung sowie die Einsicht, dass das Wertesystemen und die Weltsicht von Patienten für den

psychotherapeutischen Erfolg bedeutsam sein können und dass darum kultursensibel auf sie zu achten ist, animierten zu Experimenten und Untersuchungen, die ein neues Verhältnis zwischen Psychotherapie und Religiosität/Spiritualität ermöglichen (Grom 2012).

Als Folge dieser Untersuchungen fordern einige Forscher, das biopsychosoziale Modell um die religiös-spirituelle Dimension zu erweitern (Petreet et al. 2011), damit weltanschauliche Fragen, die mit den bisher bekannten psychischen Störungen verbunden sind, berücksichtigt werden können. Dabei sollen die positive und die negative Rolle der Religion für den Patienten berücksichtigt und in die Therapieplanung einbezogen werden.

In der Zwischenzeit gibt es eine Vielzahl von Befunden, die für eine Interaktion zwischen Religiosität und Gesundheit in der westlich-christlich geprägten Welt sprechen. Religion hat für viele Patienten einen schützenden Einfluss auf den Gesundheitszustand (König und Larson 2001; Matthews et al. 1998; Mueller et al. 2001; Sloan et al. 2002).

Es gibt jedoch auch Studien, die diesen positiven Zusammenhang nicht bestätigen konnten (Sloan et al. 2002; McCullough et al. 2000; Jarvis et al. 2005).

In islamischen Ländern finden sich zu dieser Fragestellung nur wenige Untersuchungen (Vasegh und Mohammadi 2007; Kizilhan und Haag 2011). Daher beschäftigt sich der vorliegende Beitrag schwerpunktmäßig mit der Interaktion von Religion und Psychotherapie bei Menschen mit traditionell-islamischer Herkunft.

## Religion, Kultur und psychiatrische Erkrankungen

Erlebt ein gläubiger Muslim durch eine Krankheit seine Schwäche und Grenzen, kann dies eine Gelegenheit sein, seinem Schöpfer näher zu kommen. Dies wiederum kann dem Patienten helfen, durch seinen Glauben an seinem Verhalten zu arbeiten, um gesund zu werden. Der Glaube an die *Vorhersehung* Gottes und seine Vorherbestimmung bestimmt die Haltung eines muslimischen Patienten gegenüber der Psychotherapie. Hier scheint eine passive Haltung vorhanden zu sein, da Gott schon alles vorbestimmt hat (Rasheed 2004). Islamische Gelehrte interpretieren aber neben der Vorbestimmung auch das Prinzip des *Qadar-Glaubens*, der zwar davon ausgeht, dass die Krankheit durch Gottes Willen entsteht, aber durch Behandlung eine Heilung möglich ist. Danach obliegt es den Menschen, sich dieser Mittel zu bedienen, um gesund zu werden (Ilkic 2002).

Krankheitsbewältigung und -verständnis können durch den Glauben und religiöses Coping, aber auch noch durch traditionelle Heilverfahren, wie Magie und patriarchalisch-kollektive Denkstrukturen, die schon vor dem Islam existierten, geprägt sein (Agorastos 2011).

Kizilhan (2011) konnte in einer Studie mit türkischstämmigen Patientinnen, die unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) infolge einer Verge-wältigung litten, zeigen, dass häufiger Reinigungs-zwänge als bei deutschen Patientinnen, die ebenfalls eine PTBS nach sexueller Traumatisierung entwickelt hatten, vorhanden waren. Die türkischstämmigen Patientinnen praktizierten häufiger religiöse Rituale und Verhaltenswei-

sen im alltäglichen Leben als die deutschen Patientinnen. Es konnte dargestellt werden, dass weniger die religiöse Erziehung als vielmehr die tägliche Religionsausübung im Zusammenhang mit einem Reinigungszwang stand (Kizilhan 2011). Gerade die Körperreinigung zu verschiedenen Anlässen ist im Islam genau festgeschrieben. Sie kann als ein Teil der islamisch-kulturellen Erziehung interpretiert werden (Assion 2005) und daher bei sexualisierter Gewalt gegen Frauen mit islamischer Erziehung und Religionsgebundenheit eine besondere Rolle spielen.

Diese und andere Ergebnisse sind bedeutsam, da belegt werden konnte, dass Menschen aufgrund ihrer kulturellen Prägung und der Rolle der Religion in ihrem Alltagsleben ein anderes Verständnis von Krankheit entwickeln als z.B. Menschen in den westlichen Industrieländern (Heine und Assion 2005; Kizilhan 2009).

### Kollektives Gesundheitsmanagement

Menschen aus traditionell-islamischen Regionen sind noch heute in der Regel von einer kollektiven Denkweise geprägt, in der persönliche Wünsche, Interessen und Beschwerden des Einzelmitglieds als sekundär betrachtet werden. Harmonie und Sicherheit in Familie und Peergroup sind wesentlich wichtiger als die individuelle Autonomie. Das einzelne Individuum sieht sich als Teil der Solidargemeinschaft, aus der sich die entsprechenden Aufgaben und Pflichten ergeben. Seine Hauptaufgabe ist es, dafür zu sorgen, dass der Solidargemeinschaft, insbesondere der Kern- und Großfamilie, kein Schaden zugefügt wird. So können z. B. bei einer psychischen Erkrankung von einem Mitglied dieser Familie persönliche Gefühle und Beschwerden nicht geäußert werden, um möglicherweise die Familie nicht zu belasten oder ihr zu schaden (Kizilhan und Beremejo 2009). Dieses kollektive Gesundheitsmanagement versucht, dafür zu sorgen, dass die Mitglieder einer Gruppe im Interesse des Kollektivs gesund bleiben. Dies kann aber aus individueller Sicht zunächst dazu führen, dass z. B. schwierige und traumatische Themen wie z. B. sexuelle Gewalt und Folter tabuisiert werden, um sich und

das Kollektiv vor *eigenen und kollektiven Entehrungen* zu schützen. In diesem kollektiven Gesundheitsmanagement spielen immer *kollektiv-dysfunktionale Kognitionen* des „Ehrverlusts“, die Angst vor einer möglichen Zerstörung der Gesamtfamilie und Ausgliederung durch die Herkunftsgemeinschaft wichtige Rollen. Als radikalste Form – die allerdings nicht auf die gesamte Gesellschaft zu verallgemeinern ist –, sind hier schlagwortartig u. a. *traditionelle Heirat, Zwangsheirat* oder *Ehrenmorde* zu nennen.

Ein besonders eindrückliches Beispiel stellt die Einstellung zur Sexualität in islamisch-familienorientierten Gesellschaften dar, in der sich patriarchalische Sitten und Traditionen mit islamischen Verhaltensregeln vermischen. Dies führt häufig zu erheblicher Unsicherheit im Umgang mit diesem Thema, wenn nicht gar zu dessen gänzlicher gesellschaftlicher Tabuisierung (Baumeister 2007). Hohe moralische Vorstellungen und Einschränkungen resultieren gerade bei Frauen in erheblicher Sorge und Angst, da sie jeden Augenblick Gefahr laufen könnten, in ihrer Ehre verletzt zu werden. Sexuelle Belästigungen oder Missbrauch werden in der therapeutischen Behandlung erst bei ausreichendem Vertrauen und Schutz vor einer öffentlichen Kenntnis durch die Community verbalisiert (Kizilhan 2006).

So, wie das Sexualverhalten aus islamischen und z. T. aus patriarchalischen Normen und Werten gewachsen ist, können bestimmte Anzeichen psychischer Erkrankungen kulturspezifisch geprägt und der westlichen Psychiatrie fremd oder gar unbekannt sein (dissoziatives Haarausreißen als Zeichen des Verlusts von Weiblichkeit, Entfernung der Gebärmutter bei einigen Frauen nach einer Vergewaltigung etc.).

### Kulturspezifische psychische Erkrankungen

Die Inzidenzrate von psychiatrischen Erkrankungen bei Menschen aus traditionell-religiösen Gesellschaften in Herkunfts- und Migrationsland scheint generell erhöht zu sein (Kardel et al. 2001). So kommt es häufiger zu Depressionen (Koch 2003), zu Somatisierungsstörungen (Schmelting-Kludas 2005; Glier und

Erim 2007), aber auch Schizophrenien sowie schizotypen und wahnhaften Störungen (Haasen et al. 2005; Assion 2005). Die Ursache der erhöhten Rate an schizophrenen Störungen bei dieser Gruppe kann aber auch in Fehldiagnosen aufgrund unterschiedlicher Krankheitsvorstellungen, -verarbeitungen und der schwerlich übertragbaren, westlich angepassten Diagnosekriterien des ICD-10<sup>1</sup> oder DSM-5<sup>2</sup> liegen. In der Migrationssituation können solche Probleme ebenso durch Verständigungsprobleme bedingt sein, wenn Patient und Behandler nicht ausreichend in derselben Sprache miteinander kommunizieren können (Kizilhan 2010). Haasen et al. (2005) konnten in einer Studie mit 100 türkischen und 50 deutschen an Psychosen erkrankten Patienten nachweisen, dass aufgrund der kulturellen Unterschiede in der Psychopathologie bei 19 % der türkischen Patienten und nur 4 % der deutschen Patienten Fehldiagnosen gestellt worden waren.

Halluzinationen und Wahn können z. B. als schizophreniespezifisch angesehen werden; dies muss aber in bestimmten Kulturen nicht zutreffen (Cochrane und Bal 1987; Kizilhan 2008). Einige Studien konnten zeigen, dass Verfolgungswahn in manchen Kulturen häufiger auch bei nichtschizophrenen psychischen Störungen auftreten kann (Ndeti und Singh 1982). Auch Gedankengänge, die im kulturellen Kontext nicht pathologisch sein müssen, werden als gestört oder wahnhaft evaluiert. Nach Westenmeyer (1987) liegt die Schwierigkeit sowohl in der Unterscheidung zwischen Wahn und Glaube als auch in der Differenzierung zwischen Halluzination und Trance, was Fehleinschätzungen bedingen kann (Lay 2007). Insgesamt zeigen Studien zur Diagnostik am Beispiel der Psychosen, dass psychotische Symptome in anderen Kulturen seltener zur einer Psychose führen, sondern eher eine Reaktion auf Stress sind, vergleichbar mit Neurosen oder Depressionen in der westlichen Kultur (Haasen et al. 2005; Machleidt und Salman 2003).

<sup>1</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Aufl.

<sup>2</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5. Aufl.

## Von Göttern und Geistern zum psychischen Ich

In den archaischen und antiken Hochkulturen des Mittleren Ostens (babylonisch-assyrische und altägyptische Medizin) beruhte das Verständnis von psychischen Erkrankungen auf magisch-religiösen Vorstellungen. So glaubte man, dass z. B. Psychosen durch Geister verursacht würden bzw. als Strafe für die Beleidigung von Göttern zu deuten seien (Kirmayer 2008; Kizilhan 2009).

Die Babylonier glaubten, dass psychische Beschwerden u. a. Folge einer moralischen Verfehlung seien, für die die Gottheit die Seele fordere. Religiöse Waschungen, Gebete, Besuche von Heiligtümern und Opfergaben ergänzten die magischen Handlungen, um die Götter zu besänftigen. Dadurch spezialisierten sich die sog. Priesterärzte oder Wunderheiler nicht nur auf magische Rituale, sondern auch auf spezielle Therapieverfahren (medikamentöse Behandlung, Massagetechniken, Verzehr von bestimmter Nahrung etc.; Kizilhan 2009).

### Traditionelle Heiler

Nicht selten werden traditionelle Heiler, religiöse Priester mit Kenntnissen von Magie und Heilung in Anspruch genommen (Kardel et al. 2001). Daher sind verschiedene traditionelle Heiler, religiöse Priester, sog. Hodschas, heute noch in vielen ländlichen Gegenden des Nahen und Mittleren Ostens aktiv.

Bekannt sind z. B. die Knochenheiler, die religiösen Heiler, die als Magier oder Zauberer tätig sind, die arabischen Ärzte, die in der Tradition der „Viersäftelehre“ stehen, Pflanzenheiler und heilkundige Frauen, die besonders bei gynäkologischen und Problemen der Geburtshilfe zurate gezogen werden (Assion 2001; Yavuz 2007).

Beispielsweise werden Knochenheiler zur Behandlung von Verspannungen, Verrenkungen, vermeintlichen oder tatsächlichen Knochenbrüchen aufgesucht. Religiöse Heiler aus dem Nahen und Mittleren Osten sind in der Regel korankundig, was aber nicht Voraussetzung ist. Auch nichtislamische traditionelle Heiler sind in vielen Ländern des Orients zu finden.

Psychotherapeut DOI 10.1007/s00278-015-0039-2  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

J.I. Kizilhan

## Religion, Kultur und Psychotherapie bei muslimischen Migranten

### Zusammenfassung

Menschen aus traditionell-islamischen Ländern verfügen über unterschiedliche Werte, Normen sowie Vorstellungen von Spiritualität und Religion. Diese haben einen wichtigen Einfluss auf die Art und Weise des Erlebens von Krankheit, Gesundheit und Therapie. Sowohl die Spiritualität als auch die religiösen Vorstellungen mit ihrer besonderen Form von Krankheitsverständnis und spezifischer Krankheitsverarbeitung in islamisch-traditionellen Gesellschaften sind bisher nicht ausreichend in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und damit im Gesundheitsmanagement berücksichtigt worden. Magische Vorstellungen, Heilungszeremoni-

en, religiöse Rituale sowie v. a. Beziehungs- und Erlebensmuster der Patienten können unter Berücksichtigung wissenschaftlicher psychotherapeutischer Standards als interkulturelle Ressourcen genutzt werden. Im Sinne der kultursensiblen Berücksichtigung des Wertesystems können sie die medizinisch-psychotherapeutische Arbeit befördern und zu partnerschaftlichen Beziehungen zwischen Patient und Therapeut beitragen.

### Schlüsselwörter

Islam · Spiritualität · Magie · Krankheitsverständnis · Behandlerrolle

## Religion, culture and psychotherapy in Muslim migrants

### Abstract

Patients from collective cultures with a tradition-bound Islamic cultural background (e.g. people from the Middle East and some Far East countries, such as Pakistan and Indonesia) have different values, norms and perceptions of spirituality and religion. These concepts of spirituality and religion have a different perception of disease and different conceptions of healing, which up to now have not been sufficiently appreciated in modern multimodal therapeutic approaches and health management. The notions of magic, healing ceremonies and religious rituals can

be used as intercultural resources by taking scientific psychotherapeutic standards into consideration. Taking patients' value systems also into consideration in a culturally sensitive way, they can promote the medical psychotherapeutic work and lead to establishing partnership-like relationships between patient and therapist.

### Keywords

Islam · Spirituality · Magic · Disease perception · Professional role

Religiöse Heiler werden als befähigt angesehen, magische Einflüsse, wie den *bösen Blick*, böse Geister oder *schwarze Magie* (■ **Infobox 1**) als Ursache für eine Erkrankung erkennen zu können. Traditionelle Heiler werden aufgrund eines breiten Spektrums unterschiedlicher Probleme aufgesucht, die von psychischen, neurologischen und psychosomatischen Erkrankungen, wie z. B. Depression, Epilepsie oder chronischen Beschwerden bis hin zu familiären, ökonomischen oder beruflichen Schwierigkeiten reichen (Gün 2003).

### Kasuistik

#### Erstes Fallbeispiel

Den Einfluss der schwarzen Magie habe er 1980 am Eingang seiner Wohnung durch

*kleine Erdhaufen bemerkt. Es beschlich ihn das Gefühl, dass dies magisches Geschehen sei. Voller Unruhe habe er einen Hodscha aufgesucht, der ihm diesen Verdacht bestätigte. Es handele sich um Erde von den Gräbern 7 Verstorbener. Man wolle ihm dadurch Schlechtes antun und ihm sein Leben zur Hölle machen.*

*Fortan erlebte er den Einfluss der bösen Kräfte in fast allen Lebensbereichen; in seiner Ehe, in einer Beziehung zu Freunden und Bekannten, selbst an seinem Fahrzeug. Es stellte sich zusätzlich heraus, dass es ihm wichtig war, die religiösen Regeln des Korans einzuhalten, weil er durch etwaige Verstöße sein zukünftiges Paradies nicht verlieren wolle. So suchte er den Schutz der Gebete, wobei er sich zahlreiche Bücher zu diesem Thema besorgte, so z. B.*

### Infobox 1 Weiße und schwarze Magie

Im Nahen und Mittleren Osten, aber auch bei der muslimischen Bevölkerung in den Balkanländern sind seit Jahrhunderten die Begriffe weiße und schwarze Magie bekannt, die in der Alltagssprache immer wieder verwendet werden. Durch weiße Magie wird mithilfe magischer Handlungen Schutz vor den Einflüssen böser Geister oder Mächte gesucht. Sie wird eingesetzt, um die Familienbeziehung oder Ehe vor Unheil zu bewahren. Schwarze Magie hingegen wird eingesetzt, um einer anderen Person durch Zauber bewusst Unheil zuzufügen. Hierzu werden Amulette im Haus des Opfers angebracht, magische Knoten geknüpft, magische Texte aufgeschrieben und gelesen, bestimmte Dinge der Nahrung beigefügt oder auch Erde aus Gräbern für verschiedene Zeremonien benutzt. Die Existenz guter und böser Geister als ein Erklärungsmodell für psychische Störungen, Beziehungskonflikte, Unfälle etc. wurde bereits von dem islamischen Propheten Mohammed diskutiert (Heine und Assion 2005); dieses Erklärungsmodell ist auch heute noch in den Denkmustern der ländlichen Gesellschaft akzeptiert.

„Rezepte zum Schutz vor Verwünschungen“ oder „Schutzgebete“.

Seit 1996 lebt er allein in einer Zweizimmerwohnung und vermeidet jeglichen sozialen Kontakt. Nur einmal in der Woche würde er die Moschee zum Gebet aufsuchen, um sich anschließend erneut in seiner Wohnung einzuschließen.

In psychopathologischer Hinsicht fielen eine leichte depressive Stimmungslage mit zugleich erhöhtem Rededebriefnis, lebendige Mimik und Gestik sowie eine motorische Unruhe auf. Der Sprachfluss war gut moduliert; der Patient wirkte misstrauisch und angespannt. Während der Psychotherapie-sitzungen berichtete er unentwegt von der schwarzen Magie, die ihn erheblich beeinflusse und deretwegen er auch seine Arbeit verloren habe. Er habe keine Möglichkeit, diese schwarze Magie zu stoppen.

Erst durch die kulturellen Kenntnisse des Therapeuten von diesen magischen Vorstellungen und durch einen guten Beziehungsaufbau konnte der Patient sich auf die Behandlung einlassen. Während der Behandlung lernte der Patient mit seinen magischen Vorstellungen, seinen Alltag zu bewältigen und schrittweise wieder einer Arbeit nachzugehen, die ihn erheblich stabili-

sierte. Die magischen Vorstellungen, die scheinbar zu einer tiefsitzenden Unsicherheit und Ängsten seit der Kindheit geführt hatten und in der Folge in der Therapie thematisiert wurden, blieben erhalten.

Dem Patient war über einen langen Zeitraum (1980 bis 2010) die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt worden, und er war daraufhin erfolglos mit zahlreichen Neuroleptika behandelt worden. Der Autor des vorliegenden Beitrags gingen in der Behandlung von einer wahnhaften Störung und Depression aus. Kulturspezifische Krankheitsdarstellungen und Benutzung bestimmter Begriffe wie weiße und schwarze Magie, die Überzeugung, „verflucht“ zu sein, aber durch die Aura Gottes und weiße Magie noch ausreichend Schutz zu erhalten, machen es aus Sicht der westlichen Psychiatrie fremd und schwierig, diese Aspekte in der Psychotherapie zu bearbeiten. Es gibt aber aus der Perspektive von Menschen mit traditionell-religiösen Kognitionen keine scharfe Trennung zwischen der Volks- und der „klassischen Medizin“ (Assion 2005). Die Menschen können, wie im obigen Fallbeispiel, z. B. im Migrationsland aufgewachsen sowie z. T. westlich und z. T. traditionell-islamisch sozialisiert sein und sehen keinen Widerspruch darin, zu einem Psychiater und zu einem Hodscha zu gehen. Hierbei wird der Psychiater als „nur“ für die medikamentöse Behandlung und der traditionelle Heiler als für die Seele und die Beziehung zu Gott zuständig angesehen.

### Behandlung

Die medizinisch-psychotherapeutische Arbeit mit Patienten aus einem fremden Kulturkreis erfordert die Bereitschaft des Behandlers, sich mit neuen Beziehungs- und Erlebensmustern auseinanderzusetzen, um die interkulturelle Arbeit als Ressource nutzen zu können (Glier und Erim 2007). Gemäß Machleidt und Salman (2003) können Behandler gemeinsam mit ihren Patienten eine psychische und eine physische Grundlage für die Integration auf der Grundlage der kulturellen Vorstellung von Gesundheit eines Menschen entwickeln, mit dem Ziel, den Menschen als Ganzes zu sehen und zu

verstehen. Aus der aktuellen Lebenssituation können entsprechende Sichtweisen und Ressourcen des Patienten in die psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungskonzepte integriert werden (Kizilhan et al. 2011). Notwendig sind die Reflexion von Hintergründen und Phasen von Anpassungsprozessen. Hierbei sollen die Patienten motiviert werden, eigene Anpassungsverläufe aktiv zu beeinflussen und zu gestalten.

Religiöse Priester und die Nutzung traditioneller Medizin werden wahrscheinlich auch in Zukunft bei der Behandlung von Menschen aus traditionellen Gesellschaften mit psychischen Störungen eine wichtige Rolle spielen. Statt mit Vorurteilen zu reagieren, sollten religiös-spirituelle Denk- und Verhaltensweisen in die Behandlung integriert werden, zumal diese Gruppe von Patienten immer wieder auf traditionell-religiöse Erklärungen für psychische Erkrankungen zurückgreift.

### Zweites Fallbeispiel

Ein 58-jähriger türkischer Patient arbeitete seit 12 Jahren in einer Fabrik in Istanbul, entwickelte vor 2013 eine Agoraphobie mit Panikstörung und klagt seither über diverse körperliche Beschwerden ohne einen körperlichen Befund. Er war nicht mehr in der Lage, zur Arbeit zu gehen. Der Patient entstammt einer traditionell-islamischen Familie aus dem Schwarzmeergebiet und zog wegen finanzieller Probleme nach Istanbul. Hintergrund seiner Erkrankung waren familiäre Konflikte. Besonders schlimm und kränkend empfand er die Beziehung seiner Tochter mit einem Mann, mit dem sie nicht verheiratet war. Neben Familiengesprächen in der Therapie, v. a. mit der Tochter, wurden u. a. seine Ängste und körperlichen Beschwerden in Verbindung mit dem Vorlesen von Koranversen thematisiert und behandelt. Das Vorlesen von Koranversen konnte als Ressource genutzt werden. So lernte der Patient Verse aus dem Koran auswendig, und beim Aufsuchen von Menschenmengen begann er, richtig zu atmen, nahm die Gebetskette in seiner Hosentasche in die Hand und sprach leise die gelernten Verse, bis seine Angst nachließ. Durch seine Glaubensgebundenheit und diese moderne Form der Psychodokumentation entwickelte er ein Verständnis für seine Krankheit und de-



**Tab. 1** Interaktion in der Behandlung von Patienten aus familienorientierten Gesellschaften (Kizilhan und Haag 2011)

Kontakt	Freundlich, zugewandt, wartend auf Anweisungen und Vorgaben des Psychotherapeuten
Hierarchie	Konzentriert auf Hierarchie und Status (Psychotherapeut hat eine hohe hierarchische Position)
Respekt	Erwarten von Intimität bei ausreichender Distanz und Einhaltung von kulturellen Regeln (z. B. bei Begrüßung von gleichgeschlechtlichen Personen die Hand reichen oder aufstehen, wenn sie in den Raum treten etc.)
Harmonie	In der Beziehung auf Harmonie bedacht. Konflikte und Auseinandersetzungen, Argumentationen werden eher vermieden. Möchten nicht bloßgestellt werden. Widerspricht möglicherweise nicht dem Psychotherapeuten, um dessen Autorität nicht infrage zu stellen
Scham statt Schuld	Vor allem islamisch-familienorientierte Gesellschaften verfügen eher über eine Scham- als über eine Schuldkultur. Daher stehen körperliche Beschwerden, die weniger Schamgefühle erzeugen, eher im Vordergrund als psychische Konflikte
Kollektives Denken	Psychische Konflikte können als eine Schwäche gesehen werden, die wiederum zu einer Ablehnung durch das Kollektiv führen können. ( <i>Die Person ist schwach und für das Kollektiv nicht zu gebrauchen.</i> ) Körperliche Beschwerden sind aber etwas „Sichtbares“ und werden als Krankheit akzeptiert
Erst der Körper, dann die Seele	In den ersten Behandlungsstunden geht es vornehmlich um körperliche Beschwerden, die auch als indirekte Hinweise auf psychische Konflikte verstanden werden können. Bei ausreichendem Vertrauen und Beziehungsgestaltung werden dann mögliche psychische Konflikte und Belastungen thematisiert
Ratschläge und klare Direktiven	Erwartet von dem Psychotherapeuten Informationen über seine Krankheit, Ratschläge auch in Form von Beratung und klare Direktiven, was er in der Behandlung zu machen hat (Medikation, Massagen, körperliche Untersuchung)
Imaginäre Familie in der Einzeltherapie	Beschwerden, mögliche Konflikte und Belastungen in der Einzelbehandlung werden immer in Relation zu der familiären Situation gestellt. ( <i>Mein Rückenschmerz führt dazu, dass ich nicht arbeiten kann und damit nicht in der Lage bin, meine Familie zu versorgen; meine Kinder verlieren den Respekt vor mir, wenn sie erfahren, dass ich noch eine Depression habe etc.</i> )
Passives Krankheitsverhalten	Nicht der Einzelne mit seinen persönlichen Merkmalen und eigenen Anteilen, sondern außerhalb des Individuums liegende Faktoren – wie familiäre, berufliche oder soziale Bedingungen – werden in hohem Maß verantwortlich gemacht. ( <i>Seit meine Tochter eine Beziehung zu einem Mann hat, ohne verheiratet zu sein, sind meine Schmerzen unerträglich geworden. Wenn sie heiraten, dann muss ich mich in der Gemeinde nicht so schämen, und die Schmerzen könnte ich besser aushalten</i> )

ren Ursache. Nach einer ambulanten Psychotherapie von ca. 8 Monaten konnte der Patient wieder Menschenmengen aufsuchen und einer Arbeit nachgehen. Die Beziehung der Tochter konnte er akzeptieren, da diese ihn von ihrer Ernsthaftigkeit überzeugen konnte, u. a. auch durch das Kennenlernen des Freundes.

In diesem Fall zeigt sich, dass innerpsychische Konflikte durch Schmerzäußerungen und Ängste im Sinne von Vermeidung zum Ausdruck gebracht wurden. Ein Grund dürfte in der vorhandenen

Krankheitsvorstellung und dem Krankheitsverständnis sowie der ungewohnten und in der Gesellschaft z. T. tabuisierten psychischen Erkrankung liegen. Aus psychodynamischer Perspektive bietet v. a. die Somatisierung für sozial benachteiligte Gruppen und Menschen mit belastenden Erlebnissen eine Möglichkeit, soziale Kränkung, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle aus dem bewussten Erleben auf die Körperebene zu verlagern, um so die Selbstachtung zu bewahren und gleichzeitig darauf zu hoffen, dass Arzt und Medizin helfen können.

## Beziehung zwischen Patient und Behandler

Für Patienten aus familienorientierten Gesellschaften ist die gemeinsame Entwicklung eines Erklärungsmodells ungewohnt. Sie erwarten vielmehr, dass der Therapeut nach der ersten Untersuchungsstunde ein vollständiges Erklärungsmodell liefert (Herzer 2000; Gatchel et al. 2007), weil dies früher bei den traditionellen Heilern so Brauch war. Daher ist es hilfreich, den Patienten bereits nach der Diagnose über die für ihn ungewohnte Behandlungsstrategie und ihren Sinn zu informieren (Kizilhan und Haag 2011).

Bei der Untersuchung und der Behandlung im Kontakt mit Patienten aus familienorientierten Gesellschaften sind die Tab. 1 aufgeführten Aspekte zu berücksichtigen.

In diesen Gesellschaften ist infolge der traditionellen Erziehung und Sozialisation die Beziehung zu anderen Menschen überhaupt bedeutsam, so auch zum Behandler, zumal viele Patienten zuvor bereits traditionelle Heiler aufgesucht haben, die über besondere kommunikative Kompetenzen verfügen. Eigenschaften des Behandlers wie Verständnis, Geduld, Respekt, Höflichkeit, Aufmerksamkeit, Freundlichkeit und Offenheit werden deshalb mehr geschätzt als sein Fachwissen (Gilson et al. 1994).

Bei Patienten aus familienorientierten Gesellschaften wird der Arzt traditionell als väterlicher Freund der Familie verstanden. (Auch der klinische Psychologe wird als Arzt/„Doktor“ gesehen; Machleidt und Gül 2010.) Er stellt eine Autoritätsfigur dar, die einen aktiven, wissenden und beratenden Umgang mit dem Patienten und seiner Familie pflegt. Diese kulturelle Übertragung wird er annehmen müssen, wenn er nicht erhebliche Verunsicherung auslösen will. Im Gegensatz zum Umgang mit westlich-individuell geprägten Patienten, bei denen das Mobilisieren des eigenen Potenzials im Vordergrund steht, wird bei diesen Patienten mehr Hilfe durch die Autorität erwartet und angeboten werden müssen (Machleidt und Gül 2010). Dies bedeutet aber, dass der Behandler eine eigene kulturelle Gebundenheit entwickeln und sich dieser bewusst sein sollte. Aus dieser Position

sollte er in der Lage sein, seine (Gegen-) Übertragungen auf den Patienten, alle individuellen und gesellschaftlichen Vorurteile und Stereotypen, die als kollektive Übertragungen auftauchen, zu entaktualisieren, bevor sie in der Behandlung destruktiv wirksam werden. Erst danach ist die Bereitschaft des Patienten zu Verhaltensänderung auf psychischer und physischer Ebene möglich.

Die Rolle der Familie, im Sinne einer kollektiven Lebensform, ist bei dieser Klientel, v. a. den traditionell-islamisch geprägten Menschen, zentral und muss bei der Entwicklung eines Behandlungsplans unbedingt berücksichtigt werden. Immer sind Familiengespräche zu empfehlen. Beim ersten Familiengespräch sollte auf Hierarchie und Familienkonstellation, Religionsgebundenheit sowie die im Vordergrund stehende Harmoniebedürftigkeit und Vermeidung von Konfliktverarbeitung geachtet werden. Die Lebenswirklichkeit ist in der Familie immer mit den „anderen“ verbunden; der „kollektive Gedanke“ überwiegt. Konzepte über das „Ich“ sind nicht wie im westlichen Denken individualistisch ausgerichtet. Die Person wird in ihrer Verbindung zu den anderen im Zusammenhang mit vorgeschriebenen religiösen Ritualen und Werten gesehen und definiert sich über andere. Einstellungen und Verhalten sind somit primär durch soziale und religiöse Rollen bestimmt.

### Fazit für die Praxis

**Religiosität ist für Patienten aus islamisch-traditionellen Gesellschaften in der Psychotherapie immer wieder ein Thema. Dementsprechend sollte sie mithilfe bereits vorhandener Module, die in der Psychotherapieforschung erprobt und evaluiert wurden, in die psychotherapeutische Behandlung einbezogen werden. Grundsätzlich sind Spiritualität und Religiosität der Patienten zu beachten und zu respektieren. Ein offener Umgang mit Religiosität in der Psychotherapie, auch durch Psychotherapeuten, bis hin zum Einsatz von spirituellen und religiösen Interventionen ist unter Beachtung ethischer Grundsätze zu empfehlen. Die religiöse und spirituelle Intervention sollte aber ausschließlich ein**

**psychologisches bzw. psychotherapeutisches Ziel, nämlich die Heilung des Patienten, verfolgen.**

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Dr. J.I. Kizilhan**  
Duale Hochschule Baden-Württemberg  
Schramberger Str. 26  
78054 Villingen-Schwenningen  
kizilhan@dhw-vs.de

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle Patienten, die über Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts zu identifizieren sind, haben hierzu ihre schriftliche Einwilligung gegeben. Im Fall von nichtmündigen Patienten liegt die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers vor. Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

### Literatur

- Agorastos A (2011) Religion und Migration. In: Machleidt W, Hinz A (Hrsg) Praxis für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie. Elsevier, München, S 85–90
- Baumeister W (2007) Ehrenmorde. Blutrache und ähnliche Delinquenz in der Praxis bundesdeutscher Strafrecht. Waxmann, Münster
- Assion HJ (2005) Migration und psychische Krankheit. In: Assion J (Hrsg) Migration und seelische Gesundheit. Springer, Heidelberg, S 133–144
- Cochrane R, Bal S (1987) Migration and schizophrenia: an examination of five hypothesis. Soc Psychiatry 22:181–191
- Freud S (1964–1968) Gesammelte Werke, Bd 18. Fischer, Frankfurt am Main
- Gatchel R, Peng Y, Peters M, Fuchs P, Turk D (2007) The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future direction. Psychol Bull 133:581–524
- Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K (1994) Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro Region of Tanzania. Soc Sci Med 39(6):767–78
- Glier B, Erim Y (2007) Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) Schmerzpsychotherapie. Springer, Heidelberg, S 231–243
- Grom B (2012) Religiosität/Spiritualität – eine Ressource für Menschen mit psychischen Problemen? Psychotherapeutenjournal 3:94–201
- Gün AK (2003) Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In: Gesunde Integration. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Koordination: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Eigenverlag, Berlin, S 36–42
- Haasen C, Kleinmeier E, Yagdiran O (2005) Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In: Assion J (Hrsg) Migration und seelische Gesundheit. Springer, Heidelberg, S 145–155

- Heine P, Assion HJ (2005) Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen. In: Assion J (Hrsg) Migration und seelische Gesundheit. Springer, Heidelberg, S 29–42
- Herzer H (2000) Zunehmende Invaldisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern. Schweizerische Ärztezeitung 81(47):2668–2672
- Ilklic I (2002) Der muslimische Patient. Lit, Münster
- James W (1902/1997) Die Vielfalt religiöser Erfahrung. Eine Studie über die Menschliche Natur. Insel, Frankfurt am Main
- Jarvis GE, Kirmayer LJ, Weinfeld M (2005) Religious practice and psychological distress: the importance of gender, ethnicity and immigrant status. Transcult Psychiatry 42:657–675
- Kardel B, Perez Gonzales PP, Beine KH (2001) Psychogene Anfälle: Domäne des Hoca? Psychiatr Prax 28:193–197
- Kirmayer LJ (2008) Culture and the metaphoric mediation of pain. Transcult Psychiatry 45:318–338
- Kizilhan J (2006) Spezifisches Behandlungskonzept in der Psychosomatik für Migranten. In: Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis (Hrsg.) Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin S 200–206
- Kizilhan J (2009) Interkulturelle Aspekte der somatoformen Schmerzstörung. Psychotherapeut 54(4):S 81–88
- Kizilhan J (2011) Verhaltenstherapie interkulturell. In: Machleidt W, Hinz A (Hrsg) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Elsevier, München S 414–420
- Kizilhan J, Beremejo I (2009) Migration, Kultur, Gesundheit. Bengel J, Jerusalem M (Hrsg.) Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, Hogrefe, Göttingen S 509–518
- Kizilhan J (2011) Trauma und Reinigungszwang – Interaktion von Trauma, Reinigungszwang und religiöser Gebundenheit bei traumatisierten Flüchtlingen – Eine vergleichende Studie. Z Verhaltensther Verhaltensmed 31(3):307–332
- Kizilhan J, Haag G (2011) Die Rolle der therapeutischen Beziehung bei der Behandlung türkischer Schmerzpatienten. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 88:14–18
- Kizilhan J, Haag G, Bengel J (2011) Studie über 10 Jahre stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischstämmigen Patienten: Eine prospektive Studie. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 88:9–13
- Koch E (2003) Psychiatrie, Psychotherapie und Migration. In: Gesunde Integration. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Koordination: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Eigenverlag, Berlin S 43–53
- Koenig HG, Larson DB (2001) Religion and mental health: evidence for an association. Int Rev Psychiatry 13:67–78
- Lay B (2007) Migranten in der stationären Psychiatrie [Migrants in psychiatry-clinics]. Neuro Akt 9(168):36–39
- Machleidt W, Salman R (2003) Mit Hilfe transkultureller Psychiatrie Ethnozentrizität überwinden. Kerbe 4:4–8
- Machleidt W, Gül K (2010) Kulturelle und transkulturelle Psychotherapie – Tiefenpsychologische Behandlung. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Elsevier, München, S 401–413

- 
- Matthews DA, McCullough ME, Larson DB (1998) Religious commitment and health status: a review of the research and implications for family medicine. *Arch Fam Med* 7:118–124
- McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB (2000) Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol* 19:211–307
- Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA (2001) Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 76:1225–1235
- Petreet JR, Lu FG, Narrow WE (2011) Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis. A research agenda for DSM-V. American Psychiatric Association, Arlington
- Rasheed AS, William ML Islam (2004) Understanding the Religion and Therapy Implications. *Prof Psychol* 6: 635–642
- Sloan RP, Bagiella E (2002) Claims about religious involvement and health outcomes. *Ann Behav Med* 24:14–21
- Thomas K (1964) *Handbuch der Selbstmordverhütung*. Enke, Stuttgart
- Vasegh S, Mohammadi MR (2007) Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. *Int J Psychiatry Med* 37:213–227
- Westenmeyer J (1987) Cultural factors in clinical assessment. *J Consult Clin Psychol* 55:471–478
- Yavuz A (2007) *Die Inanspruchnahme mystisch-traditioneller Heiler durch türkische Patienten in Deutschland und in der Türkei (Dissertation)*. Ruhr-Universität Bochum, Bochum