psychopraxis.neuropraxis 2017 · 20:216–219
<https://doi.org/10.1007/s00739-017-0430-6>
 Online publiziert: 2. Oktober 2017
 © Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

Türkan Akkaya-Kalayci

Universitätslehrgang für Transkulturelle Medizin und Diversity Care, Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Störungen im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

Die Bedeutung transkultureller Kompetenz in der Psychiatrie

Kasuistik eines 17-jährigen Flüchtlings aus Syrien

Einleitung

Laut UNHCR (United Nations High Commissioner for Human Rights) waren Ende 2016 etwa 65,6 Mio. Menschen weltweit auf der Flucht. Darunter 22,5 Mio. Flüchtlinge, die wegen schwerer Menschenrechtsverletzungen, Verfolgung und politischer Konflikte ihre Heimat verlassen mussten. Ungefähr die Hälfte dieser Flüchtlinge waren Minderjährige (!) [1].

Flucht aus einer gewohnten in eine oft komplett fremde Umgebung ist nicht selten mit extremen physischen und psychischen Belastungen verbunden. Besonders Minderjährige machen auf ihrer Flucht fast immer schrecklichste Erfahrungen, die zu den verschiedensten psychischen Krankheitsbildern führen können [2, 3].

Es gibt unterschiedliche Beweggründe, die die Menschen zur freiwilligen oder nicht freiwilligen Migration zwingen [4]. Migration kann psychisch und physisch extrem belastend sein. Zusätzlich sind Migranten vor, während und nach der Flucht zahlreichen Stressbelastungen ausgesetzt [5]. Erschwerend kommt hinzu, dass die Situation im Aufnahmeland selten von einer echten „Willkommenskultur“ geprägt ist. Aus all diesen Gründen ist der Anzahl der Migranten, die vor, während oder nach ihrer Migration eine psychologische Beratung oder psychiatrische Behandlung benötigen, sehr groß, während das Angebot aus unterschiedlichen Gründen (Verfügbarkeit, Kompetenz, Sprachbar-

riere etc.) in einem krassen Gegensatz zum Bedarf steht. Unterschiede in der Symptompräsentation und in den Erklärungsmodellen können die Diagnostik erschweren und den Beginn einer kompetenten Behandlung verzögern [6]. Die folgende Falldarstellung zeigt, wie vielen Stressfaktoren Flüchtlingskinder und Jugendliche ausgesetzt sein können und versucht gleichzeitig einen Einblick in die unterschiedlichen Aspekte der Behandlung zu geben.

Falldarstellung

Der Patient, ein 17-jähriger Jugendlicher wurde im Herbst 2016 wegen eines Dämmerzustands mit bizarren Bewegungen, Schreien und dem Ausstoßen eigenartiger Laute von der Kinderklinik, an der er wegen einer rheumatischen Erkrankung und Chorea minor in Behandlung war, an die Akutambulanz der Kinderpsychiatrie überwiesen. Er stammte aus Syrien, gehörte der armenisch-orthodoxen Minderheit an und war mit seinen Eltern vor etwa 2 Jahren über den Iran nach Österreich geflüchtet. Die Exploration des Patienten wurde im Beisein seiner Mutter in englischer Sprache durchgeführt.

» Migration kann psychisch und physisch extrem belastend sein

Er gab an, seit 2 Monaten zunehmend über negative Dinge, die er sehe und höre, nachdenken zu müssen. So müsse er

z. B. ständig über einen Film, in dem eine Person eine Narbe im Gesicht hatte, nachdenken. Es quälte ihn der Gedanke, dass er selbst auch so eine Narbe bekommen könne und er dies verhindern müsse. Dieser unangenehme Gedanke würde sich ihm aufdrängen und er müsse zwanghaft darüber grübeln. Dabei könne er sich kaum noch auf etwas Anderes konzentrieren.

Er gab an, dass diese Symptomatik vor genau einem Jahr und 10 Monaten, nach ihrer Ankunft in Österreich, begonnen habe. Er habe zunächst ständig bestimmte Handlungen, wie Hände waschen, Türen auf und zu machen, Schritte in bestimmter Abfolge wiederholen, Lichtschalter auf- und abdrehen wiederholt ausführen müssen. Vor etwa 2 Monaten seien dann diese Zwangsgedanken aufgetreten, die immer schlimmer werden würden.

Seine Mutter hatte den oben beschriebenen Dämmerzustand mit ihrem Handy gefilmt. Bei der ersten Vorstellung war unklar, ob der Dämmerzustand durch einen dissoziativen Zustand oder durch Unruhe und Agitiertheit im Rahmen heftiger Zwangsgedanken hervorgerufen wird.

Diagnose Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

Anamnestisch lebte der Patient als Kind einer gut situierten Familie in einem armenisch dominierten Ort in Syrien und besuchte dort die amerikanische Schule. Vor 2 Jahren hätten er und seine Familie

aus Syrien nach Armenien fliehen müssen, wo Schlepper ihnen fast ihr gesamtes Geld gestohlen hätten. Danach sei seine Familie mit ihm über den Iran nach Österreich geflüchtet. Der Patient gab an, so viel gesehen und erlebt zu haben, wie sich der Begutachter gar nicht vorstellen könne. Für ihn sei diese Episode aber abgeschlossen.

Die erste Befragung wurde aus Rücksicht auf den labilen Zustand des Patienten vorsichtig und nur oberflächlich durchgeführt, um ihn nicht zu destabilisieren. Der Patient wurde danach unter der Verdachtsdiagnose, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt, nach International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10, (ICD-10: F42.2), auf Aripiprazol 10 mg 0-0-0-1/2 und Sertralin 50 mg ½-0-0-0 eingestellt. Zusätzlich wurde eine Verhaltenstherapie empfohlen.

Beim Kontrolltermin, 6 Tage nach der ersten Vorstellung, berichtete der Patient, dass er bereits früher häufig unter Kopf- und Ohrenschmerzen gelitten hätte. Seine Mutter glaube, dass seine jetzigen Auffälligkeiten etwas damit zu tun haben können, aber die organische Abklärung an der Kinderklinik sei unauffällig gewesen.

Der Patient berichtete des Weiteren, dass er oft das Gefühl von Energieverlust in den Händen hätte, weshalb er seine Hände ständig bewegen müsse, um diesen Energieverlust zu verhindern, obwohl er wisse, dass diese Vorstellung von Energieverlust eine Einbildung sei und er jederzeit mit dem Kampf dagegen aufhören könne.

Er hätte oft auch das Gefühl gehabt, beim Laufen Fußspuren zu hinterlassen, weshalb er oft zurückgelaufen sei, um seine Spuren zu verwischen. Er wollte keine Spuren hinterlassen. Aus diesem Grund sei er zunächst zweimal, später aber bis zu viermal zurückgelaufen, um seine Spuren zu verwischen. Dies habe ihm extrem viel Druck und Stress gemacht. Mit viel Mühe hätte er aber nach 3 Monaten damit wieder aufhören können. Danach habe er angefangen, mehrmals hintereinander das Licht an- und auszuschalten. Wenn er dies nicht gemacht hat, habe er Angst gehabt, dass etwas Schreckli-

ches passieren könne. Manchmal hätte er gleichzeitig mehrere Handlungen hintereinander absolvieren müssen. Er berichtete ferner, dass er in letzter Zeit öfters auf seinen Kopf schlage, um die Bilder der Vergangenheit aus seinem Kopf wegzubekommen. Er wolle alles, was er erlebt oder im Fernsehen und in Filmen gesehen und auch was seine Verwandten erlebt und ihm erzählt hätten, aus seinem Kopf streichen. Oft würde er den Mund aufmachen und lautlos schreien, um seine Eltern nicht zu verstören. Er schaffe es aber nicht, diese Bilder wegzubekommen. Er bete oft zu Gott, dass er ihn von diesen Erlebnissen befreien möge.

Bilder der Vergangenheit

Seine Flucht nach Österreich dauerte 7 Monate. Sie seien 15 Tage im Libanon, 6 Monaten in Armenien und 7 Tage im Iran gewesen. Danach seien sie mit dem Flugzeug nach Österreich gekommen. Er sei mit seinen Eltern und seiner 6 Jahre älteren Schwester unterwegs gewesen. In Österreich verbrachten sie 6 Tage in einem Hotel am Flughafen, danach 5 Tage im Flüchtlingslager Traiskirchen und anschließend 6 Monate in einem Hotel in Niederösterreich. Nachdem sie einen positiven Asylbescheid bekommen hätten, seien sie 6 Monate in einem Privatquartier gewesen. Seit 10 Monaten wohnen sie in Wien. Obwohl er in Syrien ein Gymnasium besuchte und bereits maturiert hatte, habe er wegen seiner mangelnden Deutschkenntnisse eine Hauptschule besuchen müssen. Mit jüngeren und deutlich kleineren Kindern in einer Klasse zu sein und einfache Aufgaben lösen zu müssen, haben ihn unglücklich gemacht und sehr belastet. Er habe sich sehr unwohl gefühlt.

Er habe in Syrien mit einem Studium beginnen wollen. Derzeit mache er einen Onlinekurs an einer amerikanischen Schule, um studieren zu können. In Syrien habe er sehr gute Schulleistungen erbracht. Auch bei dieser Onlineschule habe er sehr gute Leistungen, obwohl er derzeit an Konzentrationsstörungen leide, nur schlecht lernen und sich Dinge nicht merken könne. Er schlafe seit Tagen äußerst schlecht, kaum länger als

eine Stunde. Er sehe ständig Bilder aus der Vergangenheit und wache mit diesen Bildern auf. Derzeit sei er wütend auf seinen Zustand, da er ihn beim Lernen behindere. Er sei böse auf seine Gedanken, weil sie ihn daran hindern, etwas anderes zu tun. Er bilde sich Unangenehmes ein und könne sich nicht dagegen wehren. Er habe Angst vor schweren Erkrankungen und davor, dass ihm jemand etwas antun könnte. Er habe neunmal lebensbedrohliche Situationen erlebt, in seiner Nähe seien Bomben explodiert, er sei immer knapp davongekommen. Er habe gute Schutzengel, weshalb er noch am Leben sei. Da Schlepper seiner Familie das gesamte Geld gestohlen haben, habe er Angst gehabt, nicht aus dem Iran wegkommen zu können. Seine Familie und er haben in Syrien alles gehabt und ein gutes Leben geführt. Durch den Krieg haben sie alles verloren. Um fliehen zu können, haben sie alles verkauft, jedoch sei ihnen das Geld gestohlen worden.

Vorerkrankungen und Therapie

Er habe seit dem Kleinkindesalter häufig Infektionen und Herzprobleme gehabt und habe oft Antibiotika nehmen müssen. Derzeit bekomme er alle 3 Wochen eine schmerzhaft Penicillininjektion. Er habe bis vor 3 Wochen niemandem von seinen Gedanken erzählen wollen, weil er Angst hatte, andere, insbesondere seine Familie, mit seinen Gedanken anzustecken. Eine Cousine mütterlicherseits habe einen Waschzwang, er habe früher auch einen Waschzwang gehabt. Seine Eltern und er haben mit seiner privaten Kinderärztin in Syrien telefoniert, die meinen würde, dass seine derzeitigen Gedanken und Handbewegungen auch Zwänge seien. Seine Mutter und er haben geglaubt, dass er unter dem Einfluss von Dämonen stehen könne, und er ein Ritual zur Austreibung dieser Dämonen durchführen sollte. Gleichzeitig gab er an, Angst vor der Abhängigkeit von Psychopharmaka und einer Gewichtszunahme durch die Medikamente zu haben. Deshalb wolle er die Psychopharmaka absetzen. Andererseits hätte er aber aufgrund der Sertralin- und Aripiprazolmedikation eine Verbesserung seiner Gedanken wahrgenommen. Die Medikamente wür-

den auch Schlafprobleme und Schmerzen im Unterschenkel auslösen, da sie ihn motorisch unruhig machten.

Wegen der Nebenwirkungen wurde Aripiprazol vorerst abgesetzt und Sertralín schrittweise auf 100 mg erhöht.

Aufklärung über Krankheitsentstehung und Therapiemöglichkeiten

Der Patient und seine Mutter wurden über die Verdachtsdiagnose, die biopsychosozialen Aspekte der Krankheit und Krankheitsentstehung sowie über Therapieempfehlung, Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente und andere Therapiemöglichkeiten ausführlich aufgeklärt. Erfahrungen vor der Flucht und nach der Flucht als symptomverstärkende Stressoren wurden mit ihm und seiner Mutter detailliert diskutiert. Es wurde kein negativer Kommentar über ihren Glauben an den Einfluss von Dämonen oder Dämonenaustreibung gemacht und religiöse Rituale wurden nicht verboten. Die Haltung des behandelnden Arztes war wertneutral, respektvoll, empathisch und auf gleicher Augenhöhe, gleichzeitig aber informierend und, was den Zwang und die Medikation betraf, direktiv. Der Patient und seine Mutter versprachen, sich an die Therapieempfehlungen zu halten.

Beim dritten Termin, 2 Wochen später, berichtete der Patient, dass sich seine Konzentrationsfähigkeit gebessert habe und dass er wieder lernen könne, obwohl er immer wieder über 20 min dauernde Phasen mit Zwangshandlungen habe. Er leide weiterhin an Ein- und Durchschlafproblemen. Er habe mit spitzen Kanten von Gegenständen ein Problem, da er Angst vor Kanten und vor der Verstärkung seiner Zwangsgedanken habe. Wenn er an Kanten ankomme, habe er das Gefühl, dass seine Glieder in seinen Körper hinein müssen, weshalb er versuche, seine Gelenke mit Druck wieder in seinen Körper „hineinzuschieben“. Er rede während dieser Rituale nicht und reagiere auf keine Fragen, was seiner Mutter Angst mache, wobei sie dann wieder an den Einfluss von Dämonen denke.

Der Patient lebt derzeit sozial zurückgezogen. Er hat kaum Kontakt zu anderen

Jugendlichen, obwohl er ermuntert werde sich mit gleichaltrigen armenischen Jugendlichen, die er von früher kenne, zu treffen und regelmäßig Sport im Freien zu betreiben. Bei diesem Termin wird 5 mg Aripiprazol in der Frühe wieder angesetzt.

Zwei Monate nach Therapiebeginn berichtete der Patient, dass er die Online-Prüfungen für die amerikanische Matura geschafft habe und dass er wegen seiner nicht ausreichenden Deutschkenntnisse gerne eine englischsprachige Universität besuchen würde. Die Familie aber könne die hohen Kosten nicht aufbringen, weshalb er verzweifelt sei. Er glaube nicht, dass er ein Studium an einer deutschsprachigen Universität schaffen könne. Er wurde trotzdem ermuntert, sich bei einer deutschsprachigen Universität anzumelden.

Sechs Monaten nach Therapiebeginn berichtete er, fast vollkommen symptomfrei zu sein. Er versuche einer anderen Flüchtlingsfamilie aus Syrien zu helfen und habe einen Hund bekommen. Durch die Spaziergänge mit seinem Hund lerne er andere jugendliche Hundebesitzer kennen, mit denen er sich gerne unterhalte. Er überlege sich, ob er nicht doch an einer öffentlichen deutschsprachigen Universität studieren solle. Sein Wunsch wurde mit positiven Kommentaren unterstützt.

Diskussion

Durch die unerwartete Fluchtbewegung der letzten Jahre steht das medizinische Fachpersonal mehr denn je vor der Herausforderung, Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund, „neuartigen“ Krankheitsbildern, anderem Hilfesuchverhalten, anderen Krankheits- und Gesundheitserklärungsmodellen und oft unrealistischen Erwartungen zu behandeln. Wenn zu mangelnden Strukturen für die Behandlung dieser Klientel zusätzlich Kultur- und Sprachbarrieren hinzukommen, brauchen die Fachpersonen besonderes Engagement und großes Vertrauen in die eigenen menschlichen und fachlichen Kompetenzen sowie Offenheit und respektvolle Neugier, um dieser Herausforderung gerecht werden zu können. Deshalb

psychopraxis.neuropraxis 2017 · 20:216–219
<https://doi.org/10.1007/s00739-017-0430-6>
 © Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

T. Akkaya-Kalayci

Die Bedeutung transkultureller Kompetenz in der Psychiatrie. Kasuistik eines 17-jährigen Flüchtlings aus Syrien

Zusammenfassung

Besonders seit der „großen“ Flüchtlingsbewegung der letzten Jahre ist transkulturelle Kompetenz eine unverzichtbare Schlüsselqualifikation für Fachpersonen im psychosozialen Bereich. Transkulturelle Kompetenz muss alle kulturübergreifenden, kulturspezifischen und individuellen Aspekte in der Betreuung und Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigen. Die Falldarstellung gibt einen Einblick in die Bedeutung der transkulturellen Kompetenzen für die Psychiatrie.

Schlüsselwörter

Transkulturelle Kompetenz · Transkulturelle Kommunikation · Flüchtlingskinder · Migration · Trauma

The importance of transcultural competence in psychiatry. Case report of a 17-year-old refugee from Syria

Abstract

Since the “great” refugee movement of recent years, transcultural competence has been necessary as a key qualification for specialists in the psychosocial field. Transcultural competence must take into account all cross-cultural, culture-specific, and individual aspects in the care and treatment of people with a migration background. This case provides insight into the importance of transcultural competences in psychiatry.

Keywords

Transcultural competence · Transcultural communication · Refugee children · Migration · Trauma

sind diese Fachpersonen gefordert, ihre transkulturellen Kompetenzen zu verbessern. Transkulturelle Kompetenz als „Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in unterschiedlichen Lebenskontexten zu erfassen, zu verstehen und daraus das entsprechende professionelle berufliche Handeln abzuleiten“ [7], ist eine Schlüsselqualifikation für die Arbeit im psychosozialen Bereich. Sie ermöglicht die Optimierung der Behandlung von Menschen mit unterschiedlichem soziokulturellem Hintergrund.

» Transkulturelle Kompetenz erfordert Genauigkeit, Feinfühligkeit und Wertschätzung

Transkulturelle Kompetenz ist ein dynamischer Prozess des wechselseitigen Lernens, der sich im ständigen Dialog mit Personen aus unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen weiterentwickelt [8]. Dieser Prozess setzt eine Haltung voraus, die die wesentlichen Aspekte im Umgang zwischen Arzt und Patientenbeziehung beinhaltet. Er fordert besonders folgende Eigenschaften: eine sprach- und kultursensible, wert- und geschlechtsneutrale sowie wertschätzende und respektvolle Haltung, Offenheit und respektvolle Neugier für den anderen, Akzeptanz und Selbstreflexion (Bewusstmachen eigener Vorurteile, Biase und Stereotypen), ausreichendes Wissen über die Anderen, Bewusstsein über die eigene kulturelle Prägung und richtig dosierte Empathie. Außerdem erfordert dieser Prozess erfolgreiche transkulturelle Kommunikationsfähigkeit. Das Gelingen einer erfolgreichen transkulturellen Kommunikation setzt wiederum bestimmte Kriterien voraus: Genauigkeit in der Kommunikation, Einsatz möglichst aller Kommunikationskanäle, Gestaltung der Kommunikation entsprechend den Sprach- und Kulturkompetenzen der Patienten, eine positiv kommentierende und nicht pathologisierende Haltung, Bewusstsein über die Machtasymmetrie zwischen Behandler und Patienten, Ausgleich von symmetrischer (gleiche Augenhöhe und gleiche Sprache, gemeinsame Entscheidungen, offen, zuhörend, transparent)

und asymmetrischer Kommunikation (informierend, direktiv, führend), Echtheit und Authentizität (offen, ehrlich, überzeugend, keine Halb- oder Unwahrheiten) in der Kommunikation.

Abhängig von kulturellem Hintergrund, Wertvorstellungen, individuellen Erfahrungen und Lebenswelten können die Krankheits- und Gesundheitskonzepte und das Hilfe suchende Verhalten bzw. die Erwartungen hinsichtlich der Effizienz der Behandlung sehr unterschiedlich sein. Gerade deshalb ist es besonders wichtig, den soziokulturellen Hintergrund der Patienten in allen Phasen des medizinischen Handelns zu berücksichtigen [9, 10].

Fazit für die Praxis

Transkulturelle Kompetenz erfordert die Berücksichtigung aller kulturübergreifenden, kulturspezifischen und individuellen Aspekte in der Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, die Beachtung biologischer, kulturgebundener und individueller Erklärungsmodelle sowie Genauigkeit Feinfühligkeit und Wertschätzung in der Kommunikation.

Korrespondenzadresse

Dr. T. Akkaya-Kalayci
Universitätslehrgang für Transkulturelle Medizin und Diversity Care, Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Störungen im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich
tuerkan.akkaya-kalayci@meduniwien.ac.at

Funding. Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Akkaya-Kalayci gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. UNHCR (2017) Zahlen im Überblick. <http://www.unhcr.org/dach/at/zahlen-im-ueberblick>. Zugegriffen: 03. Juni 2017
2. Ceri V, Özlü-Erkilic Z, Özer Ü, Yalcin M, Popow C, Akkaya-Kalayci T (2016) Psychiatric symptoms and disorders among Yazidi children and adolescents immediately after forced migration following ISIS attack. *Neuropsychiatr* 30(3):145–150
3. Israel B, Montgomery P (2011) Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 14(1):44–56. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0081-0>
4. Lee ES (1966) A theory of migration. *Demography* 5(1):47–57
5. Schouler-Ocak M (2003) Psychiatrische Regeldienste und multikulturelle Realität. *Psychoneuro* 29(12):582–585
6. Hwang WC, Myers HF, Abe-Kim J, Ting JY (2008) A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: the cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clin Psychol Rev* 28(2):211–227
7. Medizinische Universität Wien (2017) Universitätslehrgang Transkulturelle Medizin und Diversity Care. www.meduniwien.ac.at/ulg-transkulturelleMed. Zugegriffen: 03. Juni 2017
8. Hegemann T, Salman R (2010) Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Psychiatrie Verlag, Bonn, S 242–259. ISBN 978-3884144671
9. Binder-Fritsch C, Rieder A (2014) Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57(9):1031–1037
10. Schouler-Ocak M (2016) Transkulturelle Krankheitskonzepte in der Psychiatrie. *Spectr Psychiatr* 4/2016:10–16