

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Kulturabhängigkeit der Einstellung gegenüber
psychotherapeutischer Behandlung
– Deutsche im Vergleich zu türkeistämmigen Menschen
in erster und zweiter Generation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Dilek Sahin

aus Berlin

Datum der Promotion: 09.12.2016

Inhaltsverzeichnis

Abstract	IV
Abstract	VI
Abkürzungsliste	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Migration.....	1
1.1.1 Migranten in Deutschland.....	1
1.1.2 Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund	2
1.1.3 Lebenssituation türkeistämmiger Migranten verschiedener Generationen	3
1.2 Türkeistämmige Migranten im deutschen Gesundheitswesen.....	3
1.2.1 Erkrankungen bei (türkeistämmigen) Migranten.....	3
1.2.2 Kulturelle Unterschiede im Krankheitsverständnis	4
1.2.3 Somatisierung psychischer Erkrankungen.....	6
1.3 Ursachen psychischer Erkrankungen bei Migranten	7
1.3.1 Theoretische Ansätze zur Wirkung der Migration auf die psychische Gesundheit	7
1.3.2 Migrationsmodell nach Sluzki.....	9
1.3.3 Akkulturations- oder Kulturwandeltheorie nach Berry	10
1.4 Psychotherapie in multikulturellen Gesellschaften – transkulturelle Psychotherapie	10
1.4.1 Psychotherapie	10
1.4.2 Transkulturelle Psychotherapie.....	12
1.4.3 Anforderungen einer multikulturellen Gesellschaft an die Psychotherapie ...	12
1.4.4 Hindernisse seitens der Migranten bei der Inanspruchnahme psycho- therapeutischer Hilfe.....	16
1.4.5 Sprachproblematik – Rolle von Dolmetschern.....	17
1.4.6 Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten in Deutschland	19
1.5 Forschungsstand zur Thematik Psychiatrie und Migration.....	21
1.6 Zielsetzung der Studie.....	23
2 Methodik.....	25
2.1 Festlegung der Studiengruppen.....	25
2.2 Untersuchungsverlauf	25
2.2.1 Auswahl der Probanden	25

2.2.2	Zur Methodik der Probandenbefragung.....	25
2.2.3	Datenerhebung	26
2.2.4	Datenschutz.....	26
2.3	Untersuchungsinstrumente.....	27
2.3.1	Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psycho- therapeutischer Hilfe (FEP)	27
2.3.2	Symptom-Checkliste (SCL-14)	29
2.3.3	Messinstrument der Sozialen Unterstützung (F-SozU)	31
2.3.4	Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKKS-T) – Fragebogen zur Akkulturation für türkeistämmige Migranten.....	32
2.3.5	Suinn-Lew Asia Self Identity Acculturation Scale (SL-ASIA).....	33
2.3.6	Biographischer Fragebogen	34
2.4	Datenauswertung.....	35
3	Ergebnisse.....	38
3.1	Charakteristika der Probanden	38
3.1.1	Geschlechtsverteilung	38
3.1.2	Alter	39
3.1.3	Geburtsland.....	39
3.1.4	Aufenthaltsdauer der Probanden in Deutschland und in der Türkei.....	41
3.1.5	Familienstand.....	41
3.1.6	Anzahl der Kinder.....	42
3.1.7	Wohnsituation.....	43
3.1.8	Aktuelle berufliche Situation	43
3.1.9	Wohnortgröße	44
3.2	Statistischer Vergleich deutsch- und türkeistämmiger Probanden	44
3.2.1	Häufigkeit der Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung .	44
3.2.2	Häufigkeit der Kontakte zu Beratungsstellen, zu telefonischer Beratung und zum Sozialpsychiatrischen Dienst	45
3.2.3	Häufigkeit der Inanspruchnahme von Wunderheilern.....	46
3.2.4	Beurteilung der sozialen Unterstützung (F-SozU).....	47
3.2.5	Einfluss von Herkunft und Geschlecht auf die psychopathologische Symptombelastung (SCL-14)	47
3.2.6	Einfluss von Herkunft und Geschlecht auf die Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP)	50
3.2.7	Herkunfts- und geschlechtsspezifische Altersverteilung.....	55

3.3	Statistischer Vergleich der türkeistämmigen Migranten der ersten und der zweiten Generation	56
3.3.1	Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die Beurteilung der sozialen Unterstützung (F-SozU).....	56
3.3.2	Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die psychopathologische Symptombelastung (SCL-14).....	57
3.3.3	Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP).....	60
3.3.4	Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf den Akkulturationsgrad (FRAKKS-T und SL-ASIA).....	65
3.3.5	Geschlechtsspezifische Altersverteilung der Migrantengenerationen	66
3.4	Zusammenfassung der statistischen Ergebnisse	67
4	Diskussion.....	68
5	Limitation der Studie	80
6	Schlussfolgerungen und Ausblick	83
7	Literaturverzeichnis	86
8	Anhang.....	98
8.1	Text der Einwilligungserklärung – deutsch	98
8.2	Text der Einwilligungserklärung – türkisch.....	99
8.3	Text der Probandeninformation – deutsch	100
8.4	Text der Probandeninformation – türkisch	101
	Eidesstattliche Erklärung	102
	Lebenslauf.....	103
	Danksagung.....	1034

Abstract

Einleitung

Migranten sind diversen Belastungen ausgesetzt, die sich negativ auf ihre psychische Gesundheit auswirken und eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich machen können. Die vorliegende Untersuchung vergleicht die Einstellung zur Psychotherapie in Deutschland lebender türkeistämmiger Migranten mit der von Einheimischen. Dazu werden geschlechts- und herkunftsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Aufgeschlossenheit gegenüber psychotherapeutischer Behandlung, der sozialen Unterstützung, der psychischen Belastung, und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen analysiert. Weiter werden eventuell existierende Unterschiede zwischen den türkeistämmigen Migranten der ersten und zweiten Generation berücksichtigt.

Methodik

Im Rahmen dieser Studie wurden türkeistämmige (n=129) und deutsche Probanden (n=129) mit den Testinstrumenten Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKKS-T), Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP), Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU), Kurzversion der Symptom-Checkliste (SCL-14) mit den Teilskalen Angst, Depression, Somatisierung und dem Suinn-Lew Asia Self Identity Acculturation Scale (SL-ASIA) sowie einem soziobiographischen Fragebogen untersucht. Bei türkeistämmigen Probanden wurde zwischen Migranten der ersten (Geburtsland außerhalb Deutschlands, n=97) und der zweiten Generation (Geburtsland Deutschland, n=32) unterschieden.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie können wie folgt zusammengefasst werden:

- Die Mehrzahl der Probanden (81,0%) hatte persönlich keinerlei **Erfahrung mit einer psychotherapeutischen Behandlung**. Türkeistämmige Probanden waren signifikant seltener psychotherapeutisch behandelt worden als deutsche Probanden.
- Die Beurteilung der **sozialen Unterstützung (F-SozU)**
 - unterschied sich nicht signifikant zwischen türkeistämmigen/einheimischen Probanden, zwischen türkeistämmigen Migranten der 1. und 2. Generation sowie zwischen Männern und Frauen.

- war bei türkeistämmigen Frauen signifikant besser als bei türkeistämmigen Männern.
- Die **Einstellung gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung (FEP)** war
 - bei türkeistämmigen signifikant schlechter als bei einheimischen Probanden (FEP-Gesamtskala, FEP-pos/neg-Einstellung).
 - bei Migranten der 1. Generation signifikant besser als bei Migranten der 2. Generation (FEP- Gesamtskala, FEP-pos-Einstellung).
 - bei Probandinnen signifikant besser als bei Probanden (FEP-Gesamtskala, FEP-pos-Einstellung); Differenz beruht primär auf dem Unterschied bei den türkeistämmigen Migranten.
- Die **Bewertung der psychischen Belastung (SCL-14)** war
 - bei türkeistämmigen Probanden signifikant höher als bei einheimischen Probanden (SCL-14-Gesamtbelastung und die Teilscores Angst, Depression, Somatisierung).
 - bei Migranten der 1. versus 2. Generation sowie bei Frauen versus Männer nicht signifikant verschieden.
- Der **Akkulturationsgrad (FRAKKS-T, SL-ASIA)** war bei Migranten der 2. Generation signifikant höher als bei Migranten der 1. Generation.

Schlussfolgerung

Die Analyse der Daten zeigt, dass (männliche) türkeistämmige Migranten trotz ihrer subjektiv empfundenen stärkeren psychischen Belastung seltener institutionelle Hilfsdienste des Gesundheitssektors in Anspruch nehmen und psychotherapeutischer Behandlung skeptischer gegenüber stehen. Die möglichen Ursachen für diese Diskrepanz werden im Kontext der aktuellen Literatur diskutiert. Abschließend werden Handlungsoptionen für die Zukunft formuliert.

Abstract

Introduction

Migrants are affected by various stressors, which might adversely influence their mental health and might be associated with need of psychotherapeutic treatment. The present study compares the attitudes towards psychotherapy of Turkish migrants living in Germany and native Germans. Therefore, sex- and descent-specific differences concerning the open-mindedness towards psychotherapeutic treatment, the social support, the psychological burden and the demand of health services were analyzed. Additionally potential differences between migrants of the first and second generation were examined.

Methods

129 Turkish migrants and 129 native Germans were analyzed with the following instruments: Frankfurt-Acculturation-Scale (FRAKKS-T), Questionnaire on Attitudes towards Psychotherapeutic Treatment (QAPT), Social Support Questionnaire (F-SozU), Symptom-Checklist (SCL-14, short version) with the subscales anxiety, depression, somatization, Suinn-Lew Asia Self Identity Acculturation Scale (SL-ASIA) and Socio-Biographic Questionnaire. The Turkish migrants were subdivided into migrants of the first (country of birth not Germany, n=97) and second (country of birth Germany, n=32) generation.

Results

The recapitulatory results are:

- The majority of the test-persons (81.0%) had no personal experience with psychotherapeutic treatment. Turkish migrants were significantly less frequently treated than native Germans.
- The judgement of the social support (**F-SozU**)
 - shows neither significant differences between Turkish migrants/native Germans, between migrants of the first/second generation and between women/men.
 - was significantly more positive by Turkish women than by Turkish men.
- The attitude towards the use of psychotherapeutic support (**QAPT**)
 - was significantly (QAPT-whole-scale, QAPT-positive/negative-items) more negative by Turkish migrants than by native Germans.

- was significantly (QAPT-whole-scale, QAPT-positive-items) more positive by migrants of the first than of the second generation.
- was significantly (QAPT-whole-scale, QAPT-positive-items) judged more positive by women than by men; difference was primary due to the difference in the group of Turkish migrants.
- The psychological stress (**SCL-14**)
 - was judged significantly higher by Turkish migrants than by native Germans (whole scale and partial scales anxiety, depression, somatization).
 - was not judged significantly different between migrants of the first/second generation or between women/men.
- The **grade of acculturation (FRAKKS-T, SL-ASIA)** was higher for the group of second generation migrants than for the group of first generation migrants.

Conclusion

The data-analysis shows that (male) Turkish migrants in spite of their higher subjective psychological burden use institutional support-services of the health-system less frequently and are more skeptical towards psychotherapeutic treatment. The possible reasons for this discrepancy are discussed in the context of the literature. Finally, visions of possible improvements will be presented.

Abkürzungsliste

D	Deutsche Probanden
FRAKKS-T	Frankfurter Akkulturationsskala
FEP	Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe
FEP-neg-Einstellung	Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe – Subskala negative Einstellung
FEP-pos-Einstellung	Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe – Subskala positive Einstellung
F-SozU	Fragebogen zur sozialen Unterstützung
MW	Mittelwert
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SCL-14-Gesamtbelastung	Kurzversion der Symptom-Checkliste-Gesamtbelastung
SCL-14-Angst	Kurzversion der Symptom-Checkliste-Angst
SCL-14-Depression	Kurzversion der Symptom-Checkliste-Depression
SCL-14-Somatisierung	Kurzversion der Symptom-Checkliste-Somatisierung
SD	Standardabweichung
SL-ASIA	Suinn-Lew Asia Self Identity Acculturation Scale
T	türkeistämmige Probanden
1G	erste Generation
2G	zweite Generation
♀	Frauen
♂	Männer

1 Einleitung

1.1 Migration

Migration ist laut Spitzl et al. (2008) ein freiwilliger oder nicht freiwilliger Wechsel des Wohnortes als Folge wirtschaftlichen Drucks (Arbeitsmigration) oder aus Sicherheitsgründen (politisch Asylsuchende, Kriegsflüchtlinge). Der Anteil der Menschen, die sich zur Migration entschließen, hat in den letzten Jahren zugenommen und wird im Zuge der Globalisierung weiter steigen (Machleidt 2008). Aktuell (2016) erlebt Europa durch einen aufgrund von unterschiedlichen Ursachen (Krieg, Gewalt, Armut, Hunger, Menschenrechtsverletzungen, Unterdrückung, Vertreibung, Verfolgung, Terror) hervorgerufenen Flüchtlingsstroms eine große Zuwanderungswelle. Der Begriff Migration entstammt dem lateinischen Wort „migrare“ und bedeutet wandern oder wegziehen. Die Migration umfasst eine räumliche Bewegung zur längerfristigen bis dauerhaften Veränderung des Lebensmittelpunktes von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung.

1.1.1 Migranten in Deutschland

Die Migranten in Deutschland sind keine einheitliche Gruppe. Sie sind zu verschiedenen Zeitpunkten aus unterschiedlichen Herkunftsländern und mit unterschiedlichen Zuwanderungsmotiven nach Deutschland gekommen (Hommes 2003). Bei Migranten werden legale und illegale Migranten sowie Asylbewerber und Flüchtlinge unterschieden (Haasen 2000). Nach dem zweiten Weltkrieg wurden für den raschen Wiederaufbau ausländische Arbeitskräfte nach Deutschland geholt. Hierfür unterschrieb Deutschland mit Ländern wie Spanien, Italien und der Türkei Anwerbeverträge. Der Arbeitsaufenthalt im Ausland bot den so genannten Gastarbeitern eine wirtschaftliche Perspektive. Bis 1973 stieg die Zahl der Ausländer in der Bundesrepublik auf über 3,9 Millionen. 1973 wurde die Anwerbung aufgrund einer großen wirtschaftlichen Krise per Gesetz gestoppt. Nach dem Anwerbestopp entschieden sich die „Gastarbeiter“ vielfach gegen eine Rückkehr und holten ihre Familien nach Deutschland.

Bis in die 1990er Jahre wurden die Migranten als „Gastarbeiter“ bezeichnet, was einen vorübergehenden Aufenthalt implizierte. Erst in den letzten Jahren hat sich Deutschland auf politischer Ebene als Zuwanderungsland bekannt. Offizielle Bezeichnungen für diese Personengruppe sind aktuell u. a. „Migranten“, „zugewanderte Mitbürger“ oder „Menschen mit Migrationshintergrund“.

Der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ umfasst heutzutage in Deutschland alle „nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2014). Menschen mit Migrationshintergrund machen in Deutschland ein Fünftel der Bevölkerung aus (Statistisches Bundesamt 2014). Von insgesamt 16,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund haben rund 10,5 Millionen eine eigene Migrationserfahrung, während die restlichen in Deutschland geboren wurden. Die häufigsten Herkunftsländer sind die Türkei (2.793.000), Polen (1.535.000), die Russische Föderation (1.186.000), Italien (783.000), Kasachstan (903.000) und die anderen Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion (Statistisches Bundesamt 2014).

1.1.2 Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund

Den größten Ausländeranteil in Deutschland bilden Menschen mit türkischer Staatsbürgerschaft. Da viele türkeistämmige Mitbürger die deutsche Staatsangehörigkeit erworben haben, ist die Zahl der Bürger mit türkischem Migrationshintergrund weitaus größer. Mit dem Anwerbeabkommen beider Länder 1961 begann die Wanderbewegung der Türken nach Deutschland (Yavuz 2007). Viele Menschen mit türkischem Migrationshintergrund sind inzwischen in vierter Generation in Deutschland. Die türkische Gemeinschaft stellt hinsichtlich des Alters, des Geschlechts, der religiösen Gesinnung, des sozioökonomischen Status, des Bildungsniveaus und der Aufenthaltsdauer eine heterogene Gruppe dar (Gül et al. 2008). Die soziale und gesundheitliche Lage des Einzelnen ist abhängig von kulturellen und religiösen Hintergründen, Länge des Aufenthalts in Deutschland, sprachlichen Fähigkeiten, Geschlecht, Bildungsstatus und sozialer Schicht (Dorn et al. 2011). Häufig entstehen zwischen Migranten und Einheimischen trotz zunehmender Aufenthaltsdauer und verbesserten Sprachkenntnissen kaum intensive Beziehungen (Cindik 2009), so dass Migranten teilweise jahrelang in einem kulturellen Umfeld leben, mit dem sie keine echte Begegnung haben (Erim 2009). Aufgrund der Migrationserfahrung leiden türkeistämmige Migranten häufig unter psychosozialen Belastungen. Der Migrationsprozess ist laut Ete (2002) „für mehrere Zehntausende von Türken nicht immer glücklich, erfolgreich und gesundheitlich gut verlaufen“. Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Desillusionierungen, andauernde familiäre Probleme, Konflikte im Zusammenhang mit dem kulturellen Wertgefüge und Bildungsdefizite sind an einer solchen

Entwicklung beteiligt (Yavuz 2007). Aufgrund dieser Lebenssituation können vielfältige psychische Probleme entstehen (siehe Kapitel 1.3.1).

1.1.3 Lebenssituation türkeistämmiger Migranten verschiedener Generationen

Von der aufnehmenden Gesellschaft wurde den türkeistämmigen Migranten der ersten Generation der Daseinsentwurf des „Gastarbeiters“ angeboten. Dieser implizierte eine vorübergehende Existenz unter besseren Wirtschaftsbedingungen bei weitgehender Orientierung an den Werten der Heimat. Von beiden Seiten erfolgte daher keine Auseinandersetzung mit dieser Situation. Die kulturelle Positionierung zwischen Deutschland und der Türkei war problematisch, so dass eine kulturelle Zerrissenheit und Marginalisierung entstand (siehe Kapitel 1.3.3).

Viele der türkeistämmigen Migranten der zweiten Generation mussten die ersten Lebensjahre bei Verwandten in der Türkei verbringen. Sie wurden später von den Eltern nach Deutschland geholt und verbrachten den Rest der Schulzeit in Deutschland. Aufgrund ihrer im Vergleich zu den Eltern besseren Sprachkompetenz entwickeln die Nachgeborenen ein stärkeres Selbstbewusstsein (Schouler-Ocak 2006). Jugendliche der zweiten Generation wachsen mit zwei unterschiedlichen Kulturen auf. Sie erleben in ihrem Zuhause die Herkunftskultur der Eltern und im Berufs- und Schulleben „draußen“ die Kultur der Aufnahmegesellschaft. Sie müssen mit unterschiedlichen Wertvorstellungen leben und sich der jeweiligen Umgebung anpassen. Dies kann zu Identitätskonflikten („innen Türke – außen Deutscher“ (Hausotter und Schouler-Ocak 2014), „patchwork identity“, „Bindestrich-Identität“ (Cindik 2011)) und Orientierungslosigkeit sowie infolgedessen zu psychosomatischen bzw. psychischen Symptomen und sozialen Konflikten führen (Sall et al. 2010). Die in Deutschland geborene dritte türkeistämmige Generation ist dem Herkunftsland und seinen soziokulturellen Normen meist ganz entfremdet. Somit entsteht oft ein Konflikt mit den Eltern (Schouler-Ocak 2006).

1.2 Türkeistämmige Migranten im deutschen Gesundheitswesen

1.2.1 Erkrankungen bei (türkeistämmigen) Migranten

Obwohl bis heute eine migrationspezifische Gesundheitsberichterstattung mit offiziellen Zahlen fehlt, können Krankheitsbilder identifiziert werden, die bei (türkeistämmigen) Migranten vermehrt oder vermindert auftreten (Dorn et al. 2011). Migranten sind von bestimmten malignen Erkrankungen und Allergien weniger häufig betroffen. Eine höhere

Rate wurde dagegen bei Unfällen, Adipositas, Diabetes mellitus, Hepatitis und Zahnerkrankungen festgestellt (Grieger et al. 2007). Das erhöhte Risiko an diesen Krankheiten zu erkranken wird auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Migranten zurückgeführt. Dazu zählen ein niedriger sozialökonomischer Status, die Ausübung gesundheitsgefährdender Berufe oder von Berufen mit einem erhöhten Unfallrisiko, Arbeitslosigkeit und Bildungsdefizite (Dorn et al. 2011).

Darüber hinaus treten psychiatrische Erkrankungen wie depressive (Uslucan 2005) und affektive Störungen, sowie psychosomatische Erkrankungen bei (türkeistämmigen) Migranten gehäuft auf (Bühning 2010; siehe auch Kapitel 1.3.1).

Auch bei den türkeistämmigen Migranten der ersten Generation wurde der sogenannte „healthy migrant effect“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2008) beobachtet. Die Migranten erkrankten selten bis gar nicht und traten im deutschen Gesundheitssystem nur bei akuten Erkrankungen und bei Unfällen in Erscheinung. Volkskrankheiten wie Depression, Herzleiden, orthopädische Erkrankungen tauchten erst im höheren Alter auf, daher wurde erst spät die Notwendigkeit der gezielten Ansprache von Migranten entdeckt (Räuber 2011).

1.2.2 Kulturelle Unterschiede im Krankheitsverständnis

Die Sichtweise von der Entstehung, dem Verlauf und der Heilung einer Krankheit ist kulturell unterschiedlich. Das Krankheitsverständnis von Migranten ist in der Auseinandersetzung mit der Gastkultur einem Wandel unterworfen. Die Migranten der ersten Generation fühlen sich den traditionellen Erklärungsmodellen verbundener als ihre Nachkommen.

In Deutschland ist das Krankheitsverständnis durch ein naturwissenschaftlich fundiertes, medizinisches Wissen geprägt (Borde et al. 2003). In den südlichen Mittelmeerländern wird Krankheit dagegen als von außen kommend und ganzheitlich wahrgenommen. Gesundheitsprobleme werden zum Teil als Strafe Gottes oder als Folge des „bösen Blicks“ (im Türkischen „nazar“) interpretiert (Razum et al. 2008; Schulte-Sasse 2003). Im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit spielen im türkischen kulturellen Kontext magische Vorstellungen wie Geister, Dschinne, Symbole und Rituale eine entscheidende Rolle. Psychische und somatische Erkrankungen, wie Schlaganfälle, Aphasien oder epileptische Anfälle, werden teilweise als Folge einer Besessenheit mit einem Geist gewertet. Aufgrund der hohen Affinität der türkeistämmigen Migranten zur traditionellen Medizin praktizieren auch in Deutschland traditionelle, türkeistämmige Heiler (Heine und Assion 2005).

Die Erwartungen, die Migranten an eine Therapie stellen, werden durch traditionelle Krankheitskonzepte beeinflusst (Machleidt et al. 2006). Aufgrund ihrer großen Erwartungshaltung an die Ärzte, sind Migranten der Meinung, dass der Arzt eine größere Verantwortung für ihre Gesundheit oder Krankheit trägt als sie selber (Kofahl 2007). Ärzte, Therapeuten und sonstige Fachleute besitzen in der Herkunftskultur ein hohes Ansehen. Aufgrund des unterschiedlichen Medizinverständnisses des Arztes und des Patienten kann es zu Konflikten kommen (Erim und Senf 2002). Dies kann sich in einer Zurückweisung der ärztlichen Behandlungspläne äußern, was wiederum schnell als mangelnde Compliance interpretiert wird (Göbber et al. 2008).

Darüber hinaus bestimmen die kulturellen und persönlichen Erklärungsmodelle der Patienten die Wahrnehmung der Symptome, deren Nennung, die vermuteten Ursachen der Krankheit sowie das angewandte Hilfesuchverhalten. Kenntnisse über kulturell geprägte Krankheitsvorstellungen von Migranten und eine individuelle Einschätzung des Patienten aus biografischer Sicht sind daher für den behandelnden Arzt unerlässlich.

Im Folgenden soll an einem Beispiel gezeigt werden, wie sich kulturspezifische Krankheitsmodelle auf die Interaktion von Patient und Arzt auswirken können. Nach dem Descartschen (1596–1650) Schmerzmodell wird in der westlichen Welt Schmerz als sensorisches Phänomen verstanden, dem klare neurobiologische Korrelate zugeordnet werden können. Migranten präsentieren Schmerz oft als ihr Hauptsymptom (Spitzl et al. 2008). Bei Ärzten stößt die Beschreibung der Schmerzen auf Unverständnis, wenn die Schmerzen diffus und nicht in das Schema passend präsentiert und beschrieben werden. In Bezug auf türkeistämmige Patienten wird in diesem Zusammenhang (ironisch) vom „türkischen Ganzkörperschmerz“ (Schulte-Sasse 2003) oder „Morbus mediterraneus und Türkikus“ gesprochen (Mielck 2008). Die vollständige Anamnese ist daher Voraussetzung einer zutreffenden Diagnose. Bei einer inadäquaten Interaktion zwischen Migrant und Arzt gehen wichtige Informationen verloren. Dies kann zur Fehlbehandlung führen (Schulte-Sasse 2003). Es wird beschrieben, dass Migranten zu einer stärkeren Somatisierung psychosozialer Belastungen neigen (Rommel 2005, siehe auch Kapitel 1.2.3). Bei der kulturspezifischen Ausdrucksform für ein starkes Gefühl von Kummer oder Sehnsucht „meine Lunge brennt“ oder „meine Gallenblase ist geplatzt“ handelt es sich um eine Organchiffre. Sie dient dazu, einen großen Schreck auszudrücken. Diese Aussagen ohne Kenntnis der kulturspezifischen metaphorischen Bedeutung führen zu falschen Interpretationen. Das Sehen und Hören von Ahnengeistern ist im Rahmen ritueller Handlungen in vielen Kulturen üblich und darf bei

diesen Patienten nicht als Anzeichen einer psychotischen Störung fehldiagnostiziert werden (Machleidt 2006).

Zusammenfassend können sich türkeistämmige Migranten kulturbedingt in der Wahrnehmung ihrer Symptome, Erklärung der Krankheitsursache, Beschwerdepräsentation und Behandlungserwartungen von der deutschen Bevölkerung unterscheiden (Göbber et al. 2008). Kleinman (1980), einer der Pioniere der Erforschung subjektiver Krankheitskonzepte, etablierte den Begriff der „Erklärungsmodelle“ in der Medizin.

1.2.3 Somatisierung psychischer Erkrankungen

Das Krankheitsbild der Depression hat in verschiedenen kulturellen Kontexten eine unterschiedliche Ausprägung. Schwere Verläufe werden im europäischen Kulturkreis mit ausgeprägten psychischen Symptomen, Suizidtendenzen und in Entwicklungsländern mit vegetativen körperlichen Symptomen zum Ausdruck gebracht. In einer internationalen WHO-Depressionsstudie, an der sich Zentren in Basel, Montreal, Nagasaki, Teheran und Tokio beteiligten, konnten signifikante Unterschiede in der Symptomatik festgestellt werden. Durch die unterschiedliche Ausformung depressiver Erkrankungen kann für einen westlichen Untersucher die Diagnose einer Depression bei Migranten erschwert sein (Yagdiran und Boyali 2000).

Wenn Ärzte die sich hinter organischen Beschwerden verbergenden, psychischen Störungen übersehen, beurteilen sie die Beschwerdepräsentation möglicherweise als Aggravation oder Simulation oder treffen falsche Therapieentscheidungen (Medikamente statt psychosomatische Behandlung). Die möglichen Folgen können Überdiagnostik oder Polypragmasie sein (Schouler-Ocak 2009).

Somatoforme Störungen sind durch anhaltende Körperbeschwerden, für die sich nach angemessener Untersuchung keine ausreichende organische Erklärung im Sinne einer strukturellen Organpathologie finden lässt, charakterisiert. Bei schweren Verläufen kommt es zu erheblichen Komorbiditäten mit Angst-, depressiven und Persönlichkeitsstörungen. Die somatischen Symptome erfüllen soziale und psychologische Funktionen (Göbber et al. 2008). Somatisierung ist neben kultureller Zugehörigkeit vielfach mit dem Alter, dem Geschlecht und der Schichtzugehörigkeit assoziiert (Uslucan 2005). Für die Betroffenen ist es erträglicher, die eigene Krankheit nicht im potentiell stigmatisierten psychischen, sondern eher im somatischen Bereich anzusiedeln (Kirmayer 2001).

Das Äußern somatischer Symptome wird in verschiedenen Kulturen als angemessener im Vergleich zu psychiatrischen Symptomen gesehen. Dafür kann insbesondere das Klagen über

Abgeschlagenheit und Schmerzen im Bewegungsapparat – die weltweit häufigsten somatischen Symptome bei Depression und Angst – als »ticket behavior« funktionalisiert werden, um so in legitimer Weise in medizinische Behandlung zu kommen (Kirmayer 2001). Laut Özmen et al. (2002) erkennen Allgemeinärzte in 74% der Fälle bei türkeistämmigen Patienten eine Depression nicht, wenn diese ausschließlich somatische Symptome angeben.

1.3 Ursachen psychischer Erkrankungen bei Migranten

1.3.1 Theoretische Ansätze zur Wirkung der Migration auf die psychische Gesundheit

Migration ist mit besonderen Beanspruchungen, Belastungen und Risiken verbunden. In dem sich oft über mehrere Generationen hinziehenden Migrationsprozess werden von den Menschen einschneidende und subtile Anpassungsleistungen verlangt. Sprachliche, kognitive, emotionale, physische und kulturelle Kompetenz und Normen werden dabei ständig in Frage gestellt (Collatz 2001). Zusätzlich spielt die Entscheidung zur Migration in der Wahrnehmung der Betroffenen eine entscheidende Rolle, und zwar dahingehend, ob sie der eigenen Kontrolle unterlag oder von außen erzwungen wurde (Schmitz 2001). Von besonderer Bedeutung ist dabei, ob es den Migranten gelingt, trotz der biographischen Brüche ein Gefühl von Kohärenz für ihr Selbstbewusstsein und ihre Lebensgeschichte aufrechtzuerhalten und die Erfahrungen der Migration als sinnhaft und bedeutungsvoll zu begreifen (Mirdal 2006). Jeder freiwilligen Migration geht die Neugier auf das Unbekannte voraus. Migration löst nicht nur Ängste und Verzweiflung aus, sondern v. a. auch Hoffnungen auf ein anderes und besseres Leben (Machleidt 2008).

Ein kausaler Zusammenhang zwischen Migration und psychischen Erkrankungen konnte nie bewiesen werden. Migration macht nicht automatisch krank (Koch 2003), sie kann im Gegenteil Ressourcen aktivieren (Behrens 2007). Auf der anderen Seite begünstigen potenziell mit der Migration verbundenen negativen Erfahrungen und Lebensbedingungen die Entstehung psychischer Erkrankungen (Collatz 2001; Behrens 2007). Zu den potenziellen Belastungsfaktoren gehören:

- **Charakteristika der Aufnahmegesellschaft:** Einwanderungspolitik, Vorurteile, Diskriminierung, Ausgrenzung, Rassismus (Schouler-Ocak und Koch 2004).
- **Charakteristika der migrierenden Bevölkerungsgruppe:** Akkulturationsstrategien wie Integration, Assimilation, Abgrenzung, Marginalisierung (siehe Kapitel 1.3.3).

- **Lebensbedingungen im Aufnahmeland:** Aufenthaltsstatus, sozioökonomischer Status (schlechte Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, Verarmung, schlechte Wohnverhältnisse), Familienbindung (Auflösung von Familienverbänden, Vereinsamung, Rollenverlust und -diffusion), Einbindung in ethnische Gruppe.
- **Personengebundene Merkmale:** Vorbestehende psychische Erkrankung, prägende Belastungserfahrungen vor der Migration, Bewältigungsverhalten, Erwartungshaltung, Informiertheit vor der Migration, Sprachkenntnisse, Art und Weise der „psychologischen Akkulturation“ (Koch 2003).
- **Migrationsunabhängige Belastungserfahrung im Aufnahmeland:** Beispielsweise körperliche Erkrankung, Tod von Angehörigen.

Mögliche, die Entstehung psychischer Störungen begünstigende Konstellationen wurden von Zeiler und Zarifoglu (1997) präzisiert:

- **Hoch-Risiko-Personen** sind durch ein oder mehrere der folgenden Merkmale charakterisiert: psychische Vorerkrankung, schwere seelische Traumatisierungen, mangelnde Sprachkenntnisse, höheres und niedriges Lebensalter (Kinder und Jugendliche).
- **Hoch-Risiko-Perioden** betreffen bestimmte Phasen des Migrationsprozesses (siehe Kapitel 1.3.2) sowie migrationsunabhängige lebenskritische Ereignisse.
- **Hoch-Risiko-Milieus** sind gekennzeichnet durch einen Mangel an sozialer Unterstützung, Fehlen identitätsstützender zwischenmenschlicher Bindungen, soziale Isolation, einen unstrukturierten Tagesablauf sowie durch Verunsicherungs- und Bedrohungserfahrungen.

Viele Migranten benötigen daher psychiatrische bzw. psychotherapeutische Beratung und/oder Behandlung. Dabei wenden sie sich in der Regel an den Hausarzt. Nur in selteneren Fällen wird der niedergelassene Psychiater oder die Notfallambulanz in psychiatrischen Kliniken aufgesucht (Calliess und Machleidt 2003).

Im Vergleich zu deutschen Patienten (10,2%) haben Migranten (17,7%) höhere Prävalenzen für psychische Störungen (Haasen et al. 2000a). Auch weitere Studien belegen, dass die Akkulturationssituation Depression und Suizidalität fördert und betonen gleichzeitig die Bedeutung (familiärer) Unterstützungsnetzwerke (Behrens 2007). Besonders gefährdete Risikogruppen sind türkeistämmige Frauen, die im Rahmen von transnationalen Ehen nach Deutschland gekommen sind (Uslucan 2005). Zu ihnen zählen auch Kinder von Eltern ohne gültigen Aufenthaltsbewilligungen (Küchenhoff 2008). Um potenzielle Risikofaktoren zu erkennen, ist eine ausführliche Anamnese zur Lebenssituation der Patienten notwendig. Die

Hintergründe sollten bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt werden (Koch 2003).

1.3.2 Migrationsmodell nach Sluzki

Für eine erfolgreiche Therapie ist es daher wichtig zu wissen, in welcher Migrationsphase sich Patienten befinden (Sluzki 2001; Behrens 2007). Laut Sluzki (2001) lässt sich trotz der Vielfalt und der Verschiedenartigkeit der Migrationsschicksale eine kulturübergreifende Regelmäßigkeit des Migrationsprozesses aufzeigen. Er teilt den Verlauf eines Migrationsprozesses in folgende Stadien ein:

- 1) **Vorbereitungsphase:** Diese Phase kann je nach positiver oder negativer Konnotation bereits von starken emotionalen Schwankungen gekennzeichnet sein.
- 2) **Migrationsakt:** Trennung von der Heimatkultur und der transitorische Prozess des Überwechselns in die Gastkultur.
- 3) **Phase der Überkompensation:** In dieser Phase wird häufig ein Höchstmaß an Anpassungsfähigkeit beobachtet, verbunden mit einer Überidealisierung der sozialen und kulturellen Errungenschaften des Gastlandes und einer Abwertung des Herkunftslandes. Diese Phase wird auch „Honeymoon-Phase“ genannt (Göbber et al. 2008; Cindik 2009).
- 4) **Phase der Dekompensation oder kritischen Integration:** Diese am längsten dauernde Phase ist gekennzeichnet durch eine Ernüchterung. Die realen Verhältnisse holen den Migranten ein.
- 5) **Phase des generationsübergreifenden Anpassungsprozess:** In dieser Phase werden die Unterschiede weitgehend verstanden und die Tendenz geht in Richtung Übernahme fremdkulturspezifischer Verhaltensmerkmale.

In den ersten Phasen kommt es nur selten zum Kontakt mit Ärzten und Psychotherapeuten. In der Phase der kritischen Integration mit einer vorherrschend negativen Stimmung (Ringern um die materielle Existenz, Trauer um den Verlust der eigenen Kultur) erhöht sich die Vulnerabilität für somatoforme Störungen, Psychosen, Suchterkrankungen und Depressionen (Cindik 2009). In dieser Phase wird vermehrt psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen. In der Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse werden die tradierten Regeln, Normen von folgenden Generationen in Frage gestellt und verändert. Diese Phase wird meist ohne ärztliche/psychische Hilfe bewältigt (Machleidt 2006).

Sluzkis Modell macht deutlich, dass der Anpassungsprozess nicht für Personen, die den eigentlichen Migrationsakt miterlebt haben, sondern auch für nachfolgende Generationen

bedeutend ist (Nauck und Niephaus 2001). Laut Cantor-Graae und Selten (2005) zeigen Migranten der zweiten Generation eine höhere Belastung als die der ersten Generation.

1.3.3 Akkulturations- oder Kulturwandeltheorie nach Berry

Für den Anpassungsprozess im Rahmen der Migration geht Berry von einem durchgängigen Stresserleben aus (Schmitz 2001). Das Auftreten psychischer Schwierigkeiten während des Akkulturationsprozesses hängt von der Konstellation und Ausprägung folgender Faktoren ab (Berry 1997):

- Interesse an der Aufrechterhaltung der Beziehung zur eigenen Herkunftskultur und die Wertschätzung der eigenen kulturellen Identität.
- Grad der erwünschten Kontakte und Interaktionen mit den Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft und die Wertschätzung positiver Beziehungen zu anderen Kulturen.

Je nach Gewichtung ergeben sich unterschiedliche Akkulturationsstrategien (Berry 1997):

- **Integration:** Die kulturelle Integrität der Herkunftsgesellschaft wird beibehalten und gleichzeitig Kontakt zur Aufnahmegesellschaft gesucht.
- **Segregation:** Die eigene kulturelle Integrität wird beibehalten, der Kontakt zur Aufnahmegesellschaft wird nicht aufgebaut.
- **Assimilation:** Die eigene kulturelle Identität wird aufgegeben und positive Beziehungen zur Aufnahmegesellschaft aufgebaut.
- **Marginalisierung:** Die eigene kulturelle Identität wird aufgegeben und der Kontakt zur Aufnahmegesellschaft wird nicht gesucht.

1.4 Psychotherapie in multikulturellen Gesellschaften – transkulturelle Psychotherapie

1.4.1 Psychotherapie

Psychotherapie ist ein Instrument, Menschen bei der Überwindung ihrer Probleme zu unterstützen. Für Psychotherapie gibt es bestimmte Regeln und Richtlinien (Koptagel-Ilal 2006). Neue Lebensbedingungen, gestiegene Erwartungen und erhöhter Stress führen zu psychopathologischen Symptomen, die den Bedarf an Psychotherapie in den letzten Jahren haben ansteigen lassen. Mehr als ein Drittel der deutschen Bevölkerung leidet im Laufe des Lebens an einer psychischen Erkrankung. Die Mehrzahl der psychisch Erkrankten wird nicht

von Psychiatern, Neurologen oder Psychotherapeuten, sondern von Allgemeinärzten behandelt (Wittchen und Jakobi 2001).

Bei der Psychotherapie handelt es sich um die Behandlung psychischer Erkrankungen oder psychischer Folgen körperlicher Erkrankungen. Wissenschaftlich anerkannte Methoden der Psychotherapie sind verbale Interventionen oder übende Verfahren auf der Grundlage einer therapeutischen Arbeitsbeziehung.

Die Psychotherapie ist seit 1967 Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung. Erst am 1. Januar 1999 trat das Psychotherapeutengesetz in Kraft. Dadurch wurden auch psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Für eine Psychotherapie muss der Patient einen Kassenantrag stellen, dieser beinhaltet einen Bericht des Therapeuten. Ob die Krankenkasse die Kosten für die Behandlung übernimmt, hängt von der befürwortenden Stellungnahme des Gutachters ab.

Von den gesetzlichen Krankenkassen werden folgende Verfahren der Psychotherapie finanziert (Maaz 2014):

- Verhaltenstherapie,
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und
- analytische Psychotherapie (Psychoanalyse nach Sigmund Freud, analytische Psychologie nach Carl Gustav Jung und Individualpsychologie nach Alfred Adler).

Von den fünf wissenschaftlich anerkannten therapeutischen Verfahren (Verhaltenstherapie, analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie systemische Therapie) werden damit nur drei von den gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst.

Über die Therapieschulen hinweg lassen sich folgende grundlegende Wirkfaktoren der Psychotherapie nachweisen (Grawe 2005):

- **Therapeutische Beziehung:** Die Qualität der Beziehung zwischen dem Psychotherapeuten und dem Patienten/Klienten trägt signifikant zu einem besseren oder schlechteren Therapieergebnis bei.
- **Ressourcenaktivierung:** Die Eigenarten, die die Patienten in die Therapie mitbringen, werden als positive Ressourcen für das therapeutische Vorgehen genutzt. Das betrifft vorhandene motivationale Bereitschaften, Fähigkeiten und Interessen der Patienten.
- **Problemaktualisierung:** Die Probleme, die in der Therapie verändert werden sollen, werden unmittelbar erfahrbar. Das kann z. B. dadurch geschehen, dass Therapeut und Klient reale Situationen aufsuchen, in denen die Probleme auftreten, oder dass sie durch

besondere therapeutische Techniken wie intensives Erzählen, Imaginationsübungen, Rollenspiele oder ähnliche Verfahren die Probleme erlebnismäßig aktualisieren.

- **Motivationale Klärung:** Die Therapie fördert mit geeigneten Maßnahmen, dass der Patient ein klareres Bewusstsein der Determinanten (Ursprünge, Hintergründe, aufrechterhaltende Faktoren) seines problematischen Erlebens und Verhaltens gewinnt.
- **Problembewältigung:** Die Behandlung unterstützt den Patienten mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen (direkt oder indirekt) darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen Problemen zu machen.

1.4.2 Transkulturelle Psychotherapie

Nach Wittkower definiert sich die Transkulturelle Psychiatrie wie folgt: „Sie ist ein Zweig der Psychiatrie, die sich mit den kulturellen Aspekten der Ätiologie, der Häufigkeit und Art geistiger Erkrankungen sowie mit der Behandlung und Nachbehandlung der Krankheiten innerhalb einer gegebenen Einheit befasst“ (Machleidt 2004).

Die transkulturelle Psychotherapie untersucht also die Einflüsse verschiedener Kulturen auf die Ursachen, klinischen Ausprägungen und therapeutischen Möglichkeiten psychischer Krankheiten.

Eine Vielzahl von Berichten aus dem 19. Jahrhundert setzt sich mit den Zusammenhängen von Kultur und Krankheit auseinander. Im deutschen Sprachraum stammen die ersten Kulturvergleiche psychischer Erkrankungen von van Brero (1897), der Geisteskrankheiten der Bevölkerung des malaiischen Archipels untersuchte. 1904 führte Emil Kraepelin (1856–1926) auf Java „transkulturelle“ Untersuchungen zum Einfluss kultureller Faktoren bei psychiatrischen Erkrankungen durch (Cindik 2009). Auch Sigmund Freud (1856–1939) beschäftigte sich mit ethnologischen Fragestellungen (Littlewood 1989). Im anglo-amerikanischen Sprachraum war William Halse Rivers Rivers (1864–1922) ein früher Vertreter der Ethnomedizin. Die Arbeiten zur Abhängigkeit von Kultur und Medizin von Erwin Heinz Ackerknecht hatten in der Mitte des 20. Jahrhunderts einen besonderen Einfluss auf die transkulturelle Forschung.

1.4.3 Anforderungen einer multikulturellen Gesellschaft an die Psychotherapie

Die weltweit gestiegenen Migrationsbewegungen führen dazu, dass Menschen mit unterschiedlicher Herkunft und unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen miteinander in engen Kontakt kommen. Damit stammt auch die psychotherapeutische Patientenklientel aus verschiedenen Ländern mit abweichenden kulturellen, sozialen, wirtschaftlichen und

intellektuellen Hintergründen. Von den Psychotherapeuten wird erwartet, dass sie psychische und soziale Strukturen sowie verbale und nonverbale Ausdrucksformen aller ihrer Patienten richtig verstehen und einschätzen können (Koptagel-Ilal 2006).

In diesem Kontext ist die für zahlreiche Kulturen typische Ethnozentrität, d. h. die Höherbewertung der eigenen Kultur, problematisch. Psychotherapien werden in der Regel nach den landesüblichen Lebensbedingungen, Konzepten und Verhaltensweisen entwickelt. Das wissenschaftlich-empirische und theoretische Fundament, auf dessen Grundlage die Fachleute ausgebildet werden, besitzt nur für den einheimischen Bevölkerungsteil mit psychischen Problemen Gültigkeit und trifft auf Nichteinheimische nur unzureichend zu (Machleidt 2006). Migranten werden daher von den medizinischen Fachkräften aus einer ethnozentristischen Perspektive wahrgenommen, indem deren Lebenswelten unreflektiert – unter Einbezug eigener Wertvorstellungen und Maßstäbe – interpretiert und entsprechende Handlungen daraus abgeleitet werden. Oft kommt es zur Fehlbeurteilungen und Fehlbehandlungen aufgrund von Missverständnissen und einseitigen Interpretationen (Koch 2005). Migranten fühlen sich häufig nicht ernst genommen, kaum informiert und nicht angemessen behandelt (Schouler-Ocak 2006).

Von verschiedenen Autoren wurde daher eine höhere Flexibilität in den Psychotherapieverfahren gefordert (Zarzuela 2002; Arnow und Constantino 2003). Damit ist eines der Hauptanliegen der transkulturellen Psychiatrie die Relativierung diagnostischer, theoretischer und insbesondere therapeutischer Ansätze im Kulturvergleich und damit die Überwindung der Ethnozentrität (Machleidt 2010).

Die beste therapeutische Haltung in transkulturellen Psychotherapeut-Patienten-Beziehungen ist der Respekt gegenüber kulturellen Besonderheiten, auch wenn sie schwer nachvollziehbar sind. Das bedeutet fremde Denk- und Empfindungsweisen nachvollziehen, ohne dabei das Fremde, dem man begegnet, vorschnell auf Bekanntes zurückzuführen, sich von den Normalitätsvorstellungen der eigenen Kultur zu distanzieren und das Fremde aus seinem kulturellen und sozialen Kontext heraus zu verstehen (Refugio 2007). Die Grundstruktur der menschlichen Psyche ist universell. Prinzipiell lassen sich zwei interkulturelle Einstellungen unterscheiden (Refugio 2007): Der „Bewerter“ hat Angst vor dem Fremden, eine hochselektive Wahrnehmung, empfindet die eigenen Werte als absolut, das Bewerten ist ihm wichtiger als das Beschreiben. Die eigene Kultur wird als überlegen gesehen, er sucht Bestätigung seines Vorwissens, während der „Entdecker“ neugierig auf das Fremde ist, eine offene Wahrnehmung hat, die eigenen Werte als relativ empfindet, das Beschreiben für wichtiger als das Bewerten hält, die eigene Kultur als eine unter vielen sieht und bereit ist sein

Vorwissen zu modifizieren (Refugio 2007). Sozialkompetenz und Handlungskompetenz sind unverzichtbare Voraussetzungen für transkulturelle bzw. interkulturelle Kompetenz (Rathje 2006). Darüber hinaus erfordert der interkulturelle Verständnisprozess eine ständige Reflexion über eigene Wertvorstellungen, das Hinterfragen der universellen Gültigkeit der eigenen Kultur bzw. Lebensform, die Auseinandersetzung mit den eigenen Stereotypen und die Wahrnehmung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den Kulturen. Die Fähigkeit über Unterschiede zu reden, ist im interkulturellen Verständnisprozess unverzichtbar (Refugio 2007).

Nach den neueren Ergebnissen der psychiatrischen Migrationsforschung beeinträchtigen die kulturellen Besonderheiten wie Krankheitsverständnis oder traditionelle Denkmuster die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund stärker als sprachliche Verständigungsprobleme. Daher wird mehr kulturelle Kompetenz der Therapeuten gefordert (Toprak 2005).

Bei der diagnostischen Einschätzung, ob ein besonderes Verhalten oder Erleben des Patienten aus einer spezifischen ethnischen Haltung resultiert oder auf die zugrunde liegenden neurotischen Konflikte des Patienten zurückzuführen ist, hilft eine Supervision, die die kulturspezifischen Besonderheiten berücksichtigt. Sowohl die Überbetonung als auch die Verleugnung des Unterschiedes zwischen zwei Kulturen sind problematisch (Erim 2009). Die Bewertung eines Verhaltens als psychopathologisch kann auf unterschiedlichen Grundlagen beruhen, z. B. auf einem Expertenkonsens, einer Abweichung von der Norm, einer Funktionseinschätzung oder einer sozialen Beurteilung. Diese Kriterien sind zwangsläufig stark kulturell geprägt. Die unterschiedliche Interpretation von psychischen Phänomenen macht die Bedeutung des kulturellen Bezugsrahmens deutlich. In vielen Kulturen wird beispielsweise die Wahrnehmung von Ahnengeistern im Rahmen ritueller Handlungen nicht als psychotische Störung interpretiert (Machleidt und Calliess 2014).

Bei Störungen, die aufgrund einer statistischen Häufung in einer Migrantengruppe mit der Migration in Zusammenhang gebracht werden, ist zu diskutieren, ob grundsätzlich eine höhere Prävalenz in der Herkunftskultur besteht, ob der Migrationsprozess die Personen mit den Symptomen selektiert, ob der (unter Umständen erzwungene) Migrationsprozess ursächlich ist (z. B. durch migrationsbedingte soziale und kulturelle Entwurzelung bzw. negative Reaktionen des „Gastlandes“ und seiner einheimischen Bewohner), oder bzw. ob ungenügende Bewältigungsmöglichkeiten für die Stressoren in der neuen Lebenssituation bestehen. In den wenigen Studien zu dieser Thematik zeigte sich, dass Migranten spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, die zu kumulierenden Benachteiligungen gegenüber

vergleichbaren Bevölkerungsgruppen führen können (Muthny und Bermejo 2009, siehe auch Kapitel 1.3.1). Die Aufgabe der transkulturellen Psychiatrie ist, diese Zusammenhänge und Wechselwirkungen zu erschließen und in Diagnostik und Therapie einfließen zu lassen.

Die Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut, wenn diese aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen stammen, ist nicht im gleichen Maß von Vertrauen geprägt wie bei einer entsprechenden Beziehung mit gleichkulturellem Hintergrund. Je besser eine Therapiebeziehung zu Beginn seitens der Patienten eingeschätzt wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Therapie erfolgreich beendet wird (Refugio 2007). Bei jeder Erstbegegnung entstehen gegenseitige Gefühle des Fremdseins. In der Therapeut-Patient-Beziehung können diese Gefühle Angst erwecken und zur Entstehung eines Machts- bzw. Ohnmachtsverhältnisses führen. Eine Studie mit polenstämmigen Patienten zeigt, dass sie trotz guter deutscher Sprachkenntnisse häufig polnischsprachige Psychotherapeuten aufsuchen, da sie sich aufgrund der gleichen Mentalität besser verstanden fühlen (Mondykowski 1982).

Bei Migranten gibt es im Vergleich zu Mitteleuropäern eine kulturvariant veränderte Normativität psychopathologischer Phänomene, davon sind beispielsweise auch Suchterkrankungen, Essstörungen, Schizophrenie und Depressionen betroffen (Penka et al. 2006, siehe auch Kapitel 1.2.4). Weiter können kulturspezifische Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit (Calliess und Machleidt 2003) und die Tendenz zur Somatisierung die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten erschweren. Daher werden in der Primärversorgung psychische Probleme, insbesondere bei Migranten ohne psychiatrische Vorgeschichte und sozialen Problemen, oft spät erkannt (Erim 2009).

Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund wird durch kulturell geprägte familiäre Konstellationen und Konflikte zusätzlich behindert (Hausotter und Schouler-Ocak 2014). Die persönlichen Wünsche, Interessen und Beschwerden des Individuums treten hinter den Belangen der Kern- und Großfamilie sowie der Peergroup zurück. Um die Familie nicht zu belasten, werden traumatische Themen vermieden (Kizilhan und Bermejo 2009).

Auch unterschiedliche Rollenvorstellungen von Arzt bzw. Therapeut und Patient (Ditte et al. 2006) stellen ein weiteres Hindernis dar. In den Kulturen der Migranten werden der Arzt und der Therapeut traditionell als väterlicher Freund der Familie verstanden und stellen eine Autoritätsfigur dar. Dies muss im Umgang mit Migranten berücksichtigt werden. Im Gegensatz zur einheimischen Patienten, bei denen ein Mobilisieren der eigenen Potenziale im

Vordergrund steht, erwartet der Patient aus traditionellen Gemeinschaften mehr Hilfe durch die Autorität (Kizilhan 2011).

Bei Patienten aus anderen Kulturkreisen soll nicht jegliche psychische Problematik als Migrationsproblematik oder transkulturelle Konfliktlage eingeordnet werden (Behrens 2007).

1.4.4 Hindernisse seitens der Migranten bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe

Häufig führen kulturell-bedingte Hemmungen, Tabus und die Angst vor Stigmatisierung dazu, dass Migranten vermeiden, über ihre persönlichen gesundheitlichen oder sozialen Probleme zu sprechen. In Extremfällen werden Probleme oder Erkrankungen überhaupt nicht thematisiert, in der Regel verbleiben sie aber zumindest „zwischen den eigenen vier Wänden“, ausschließlich die engsten Verwandten oder Freunde werden um Rat und Hilfe gebeten. Die Inanspruchnahme psychosozialer Dienste wird als Versagen individueller Lösungsversuche empfunden und die Betroffenen fühlen sich ausgeliefert. Psychotherapeutische Beratungen sind bei türkeistämmigen Migranten noch keine Selbstverständlichkeit. Auch die Schwelle, sich in einer Selbsthilfegruppe auszutauschen, ist groß. Der hohe Anteil von Migranten (17%) in stationären psychiatrischen Einrichtungen macht deutlich, dass sie psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe sehr spät suchen (Schouler-Ocak 2006, Schouler-Ocak et al. 2010a). Mögliche Gründe für die zögerliche Nutzung des Gesundheitswesens durch die Migranten sind vielfältig:

- **Unkenntnis bzw. mangelnde Informationen über das bestehende Angebots- und Versorgungssystem** (Menkhaus und Salman 2006): Nur die Hälfte der befragten Familien in einer Studie von Schepker (2006) war über (psycho-)soziale Beratungsmöglichkeiten gut bzw. mäßig informiert. Keinerlei Kenntnis hatten ein Drittel der Familien.
- **Fehlende Information über psychiatrische Erkrankungen** (Menkhaus und Salman 2006): Jede fünfte Familie konnte sich in einer Umfrage unter den Begriffen Psychiatrie bzw. Psychotherapie nichts vorstellen (Schepker 2006).
- **Sprach- und Verständnisbarrieren (siehe Kapitel 1.4.5)**: Strukturelle Defizite im deutschen Gesundheitssystem, wie für Migranten fehlende muttersprachliche Fachkräfte.
- **Kulturelle Barrieren**: Dazu gehören mangelndes Vertrauen in interkulturelle Verständigungsmöglichkeiten und Misstrauen gegenüber der Repräsentationsgesellschaft, Gefühl der Fremdheit, Angst vor dem Aufgeben der kulturellen Identität in einer deutschen Institution (Gün 2007).

- **Angst vor Aufenthaltsrechtlichen Folgen oder Konsequenzen:** Beispielsweise bei dem Verstoß Drogenabhängiger gegen das Betäubungsmittel-Gesetz (Gün 2007).

Bei vielen türkeistämmigen männlichen Patienten, die sich in stationäre Psychotherapie begeben, besteht diese Notwendigkeit in überdeutlichem Maße. Häufig sind Stolz und Vorurteile zentrale Themen des therapeutischen Prozesses. Männer sind das „schwierige Geschlecht“ in der Psychotherapie. In ambulanten und stationären Psychotherapien ist die Mehrzahl der Patienten weiblichen Geschlechts (Verhältnis 2:1) (Hartkamp 2009). In einer Studie aus dem Jahre 2008 hatten nur 4,5% der stationären Patienten in der Psychotherapie einen Migrationshintergrund (Koch et al. 2008). Unter den Psychotherapie-Patienten werden Männer häufig als verschlossen, wenig unemotional und wenig introspektiv erlebt. Für psychotherapeutisch initiierte Veränderungsprozesse scheinen Männer nicht motiviert und zu wenig emotional beweglich zu sein. Von männlichen Patienten können Maßnahmen unter Bezugnahme auf Sprichworte und kulturelle Wissensbestände und Symbole, die die Gemeinsamkeit betonen, eher angenommen werden, als Interventionen, die in Begriffen intrapsychischer Konflikte oder interpersoneller Beziehungen formuliert werden. Türkeistämmige Patienten ziehen es vor, ihr inneres Empfinden oder bestehende Konflikte indirekt oder anhand von Beispielen anderer Patienten zum Ausdruck zu bringen. Darin unterscheiden sie sich von Patienten aus westlichen Ländern, die oftmals auf den unmittelbaren und direkten Ausdruck inneren Empfindens Wert legen (Sayin et al. 2008).

1.4.5 Sprachproblematik – Rolle von Dolmetschern

Durch Sprache kann man seine Befindlichkeit in Verbindung mit Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein und Emotionen ausdrücken. Zum Gelingen zwischenmenschlicher Kommunikation tragen Sprache und Ausdrucksfähigkeit erheblich bei. Sprache enthält und vermittelt kulturelle Muster. Für die individuellen Einflussfaktoren auf Krankheit und Krankheitserleben ist Sprache von großer Bedeutung. Gefühle und Schmerzen können in der eigenen Sprache genau beschrieben werden (Spitzl et al. 2008). Im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen ist die Psychotherapie besonders darauf angewiesen, persönliche Empfindungen, Erfahrungen, scham- und angstbesetzte Erinnerungen, Gedanken und Wünsche mit dem Psychotherapeuten besprechen zu können (Bär 2011). Auch der Grad der Compliance hängt stark vom Gefühl ab, angenommen und verstanden zu werden. Daher setzt die psychiatrische Diagnosestellung und Therapie ausreichende Sprachkenntnisse beim Patienten zwingend voraus.

Bei einer Befragung am Tag der Entlassung aus der stationären Betreuung konnte nur etwa die Hälfte der türkeistämmigen Patientinnen (55%) ihre Diagnose richtig wiedergeben, während dies für 79% der deutschen Patientinnen zutrif (Pette et al. 2004).

In psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen sind für Migranten muttersprachliche Therapeuten daher vorteilhaft. Diese werden aktuell in Deutschland häufig noch nicht bedarfsgerecht angeboten, dies zeigen die Wartelisten muttersprachlicher Therapeuten (z. B. in Frankfurt am Main mehr als ein Jahr, Erim und Senf 2002).

Alternativ zu muttersprachlichen Therapeuten können Dolmetscher, die speziell für den psychotherapeutischen Arbeitsbereich ausgebildet sind, sprachliche Barrieren überwinden. Als Sprachmittler im Sinne eines Mediators müssen diese Dolmetscher in der Lage sein, die medizinisch-wissenschaftliche Sprache des Arztes auf die Verständnisebene des Patienten zu transponieren und umgekehrt die von laienmedizinischem Verständnis geprägten Fragen des Patienten auf die medizinisch relevanten Sachverhalte zu hinterfragen und diese dem Arzt mitzuteilen (Salman 2001b; Schouler-Ocak 2006). Die Zufallsdolmetscher oder Laiendolmetscher, u. a. Kinder, Partner, Reinigungskräfte sollten daher wegen erheblichen Fehlerquellen nicht zur Hilfe zugezogen werden (Haasen und Yagdiran 2000).

Die Arbeit mit Dolmetschern kann fruchtbar sein, bietet aber auch spezifische Schwierigkeiten. Das therapeutische Setting wird durch die Anwesenheit eines Dolmetschers verändert (Moro und Sturm 2006). Beispielsweise ist die Intimität der Kommunikation zwischen Therapeut und Patient gestört.

Insgesamt hat sich das Spektrum an Verständigungshilfen im Sozial- und Gesundheitswesen in den letzten Jahren erweitert. Es reicht von lokalen Dolmetscherdiensten, mehrsprachigen Informationsbroschüren, Gesundheitswegweisern bis hin zu Internetangeboten zum besseren Verständnis von Sozialinformation bzw. der Aufklärung über Krankheiten und entsprechende Versorgungsangebote (Salman 2006).

Das rein sprachliche Verstehen ist für eine interkulturelle Verständigung nicht alleine ausreichend. Die kulturell unterschiedlichen Einstellungen von Gesundheit und Krankheit, von gesellschaftlicher und familiärer Rolle sowie von Sinn und Zweck gesundheitlicher und psychosozialer Einrichtungen führt im Umgang mit Migranten und ethnischen/kulturellen Minderheiten zu Missverständnissen (Salman 2006). Daher erschweren Dolmetscher Therapieprozesse, wenn sie neben ihren Sprachkenntnissen nicht über ausreichendes zusätzliches Hintergrundwissen verfügen (Salman 2001b). Im Idealfall ist die kulturelle Vielfalt für den Dolmetscher eine sich aus seiner Lebensgeschichte ergebende Selbstverständlichkeit. Dies gewährleistet die Neutralität des Dolmetschers und schützt vor

Übertragungen. Ein Dolmetscher sollte im Rahmen des Beratungs- und Therapieprozesses keine weiteren Funktionen (z. B. Pfleger, Sozialarbeiter) übernehmen. Vorgespräche garantieren ein fachlich angemessenes Übersetzen. Nachgespräche, in dem sich Therapeuten nach der Verabschiedung des Patienten kulturell fremde Themen und Verhaltensweisen vom Dolmetscher erklären lassen, sind hilfreich. Neutralität, Fachwissen, wörtlich sowie inhaltlich genaue, kommentarlose, unparteiische Übersetzungen sowie Einhaltung der Schweigepflicht gehören zu den wichtigsten Aufgaben. Gleichgeschlechtliche Dolmetscher etwa im Alter des Patienten haben sich bewährt (Salman 2001a).

1.4.6 Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten in Deutschland

Auf Patienten mit Migrationshintergrund war das Gesundheitswesen in Deutschland zu Beginn der Zuwanderung in keinster Weise vorbereitet. Erste Konzepte, die sich speziell an Menschen mit Migrationshintergrund richteten, wurden im Rahmen der Gesundheitsstrukturreform von 1996 etabliert (Koch 2003). Im Jahre 2002 wurden mit den „12 Sonnenberger Leitlinien“ Ziele definiert (siehe Tabelle 1), um die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung und die Integration von Migranten mit psychischen Erkrankungen in die bundesdeutsche Gesellschaft zu verbessern (Kimil et al. 2006).

Gemäß den Sonnenberger Leitlinien soll die Integration von Patienten aus diversen kulturellen Kontexten in die Regelversorgung erfolgen. Dies ist aber bisher nur unzureichend gelungen (Cindik 2009).

Tabelle 1: Sonnenberger Leitlinien

Erleichterung des Zugangs zu der psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit und Kultursensitivität.
Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.
Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetschern als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren „Face-to-Face“ oder als Telefondolmetschern.
Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
Bereitschaft aller in der Psychiatrie/Psychotherapie tätigen Berufsgruppen zur Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen.
Verbesserung der Information durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische, klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Fach- und Allgemeinärzte.
Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie/Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie/Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen.
Intensivierung der Prävention und Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.
Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit/ohne professionelle Begleitung.
Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten im Straf-, Zivil- und Sozialrecht.
Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen.

Seit September 2002 bietet das Zentrum für interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision (ZIPP) der Charité Berlin spezifische Behandlungen in der Region Berlin-Brandenburg für muttersprachlich nicht-deutsche Bürger an (Wohlfart et al. 2006). Das interdisziplinäre Behandlungsteam (Psychiater, Psychologen, Ethnologen, Sozialwissenschaftler, Dolmetscher als Sprach- und Kulturmittler) zeichnet sich durch Mehrsprachigkeit und kulturelle Vielfalt aus. Darüber hinaus bietet die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) in Berlin Mitte (St. Hedwigs- Krankenhaus- Universitätskrankenhaus Charité) ein multiprofessionelles, interdisziplinäres, interkulturell kompetentes Team, vorwiegend für Patienten mit Migrationshintergrund an.

Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung nehmen Migranten akutpsychiatrische Einrichtungen stärker in Anspruch, nutzen aber Reha-Einrichtungen und das Suchthilfesystem seltener (Lindert et al. 2008; Muthny und Bermejo 2009; Penka et al. 2006). 1995 wurde in Deutschland das erste primärpräventive und kultursensible Suchtpräventionsprojekt für Migranten entwickelt und in die kommunale Suchthilfestruktur der Stadt Hannover implementiert. Herzstück dieses Projektes waren „Key-Persons“ (Vertreter der

Migrantengruppen), die in gezielten Fortbildungen mit dem Angebot der Suchthilfe vertraut gemacht wurden und dann ihr Wissen in ihren Gruppen weiterverbreiteten (Kimil et al. 2006). Da die Mehrzahl der Migranten mit den Strukturen der medizinischen und sozialpsychiatrischen Versorgung nicht vertraut ist (Menkhaus und Salman 2006) werden auch im Rahmen des MiMi-Projekts „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ bilinguale Migranten (häufig weiblich) ausgebildet, die in ihrer Muttersprache über Angebote des Gesundheitswesens sowie über Vermeidung, Entstehung und Therapie von Krankheiten informieren.

Insgesamt entspricht das Angebot muttersprachlicher Psychotherapie nicht dem tatsächlichen Bedarf. Insbesondere im Bereich der ambulanten Psychotherapie gibt es eine Unterversorgung, da Dolmetscherkosten in der kassenärztlichen Versorgung nicht bezahlt werden. Im Rahmen der stationär-psychiatrischen Behandlung von Migranten dominieren langfristige Intensivtherapien Schwer- und Mehrfacherkrankter. Seltener sind tagesklinische Therapiesettings und Psychotherapien. Für die spezifischen Bedürfnisse von Patienten mit Migrationshintergrund müssen Institutionen ein angepasstes Behandlungsangebot vorhalten. Insbesondere muss eine sprachliche Verständigung gewährleistet sein. Die Ernennung eines Migrantenbeauftragten schafft die institutionelle Grundlage für notwendige Konzepte (Koch et al. 2011).

Nach § 137 Abs. 3 SGB V sind Krankenhäuser dazu verpflichtet, Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen, wie die personelle Ausstattung und besondere Leistungsangebote, zu publizieren. In Zukunft sollen psychiatrische und psychosomatische Fachabteilungen ihre spezifischen Versorgungsangebote für Migranten (z. B. Dolmetscherdienste) zielgruppenspezifisch präsentieren (Bär 2011).

Bisher ist die transkulturelle Psychiatrie in Deutschland kein fester Bestandteil des Curriculums in den Ausbildungen von klinischen Psychologen und psychiatrischen Fachärzten (Kizilhan 2006). Es ist jedoch eine deutliche Zunahme von Symposien auf Kongressen zu verzeichnen (Refugio 2007).

1.5 Forschungsstand zur Thematik Psychiatrie und Migration

Insgesamt wurde die Thematik Psychiatrie und Migration in der wissenschaftlichen Forschung in Deutschland nur zögerlich aufgenommen. Seit den 1960er Jahren wurden aber immer wieder einzelne Beiträge in den Fachzeitschriften veröffentlicht, die sich mit der psychotherapeutischen Behandlung nicht-deutscher Patienten im deutschen

Gesundheitswesen befassen. 1975 erschien in dem Lehrbuch „Psychiatrie der Gegenwart“ ein Beitrag von Böker, in dem er erstmals ausführlicher auf die „Psychiatrie der Gastarbeiter“ einging. 1985 wurde von Collatz et al. das Buch „Gesundheit für alle“ herausgegeben. Deutsch-Türkische Psychiatriekongresse, in deren Resolutionen allgemein akzeptierte Forderungskataloge vorgelegt wurden, finden seit 1994 regelmäßig statt. Zur transkulturell-psychiatrischen Diagnostik und Praxis legten Salman (2001a und 2001b) sowie Haasen und Yagdiran (2000) Handbücher vor. Machleidt und Heinz veröffentlichten das Buch „Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie“ (2010). Noch ist die systematische Beschäftigung mit dieser Thematik in der Forschung unzureichend (Koch 2003), insbesondere fehlen epidemiologische Daten (Zeiler und Zarifoglu 1997; Schouler-Ocak et al. 2015a).

Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte qualitative Interventionsstudie „Suizid und suizidales Verhalten bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund“ (Montesinos et al. 2010) mit den Kooperationspartnern Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Berliner Bündnis gegen Depression e. V. sowie der Berliner Krisendienst befasste sich mit der erhöhten Inzidenz (nahezu Faktor 2) von Selbstmordversuchen bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Frauen.

Ein wichtiger Beitrag zur Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in das Gesundheitswesen ist das mehrjährige (2009–2013) Projekt SeGeMi (Seelische Gesundheit und Migration). SeGeMi sollte die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund in Bezug auf die Versorgung psychischer Erkrankungen ermitteln, Standards für eine interkulturelle Öffnung im psychosozialen Versorgungssystem setzen und deren Umsetzung evaluieren. Ziel war es, die Situation von Migranten und deren Kinder im Hinblick auf ihre seelische Gesundheit zu verbessern und damit einen wichtigen Beitrag zur Integration zu leisten. Aus dem Projekt sind verschiedene Veröffentlichungen hervorgegangen. Beispielsweise untersuchten Penka et al. (2012) die „kommunikativen Hindernisse“ im psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich. Die geforderte interkulturelle Öffnung von medizinischen und psychosozialen Einrichtungen beinhaltet: Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen, die Berücksichtigung unterschiedlicher Erklärungsmodelle, die Vermeidung von Kulturalisierung und Stereotypisierung sowie eine offene, neugierige und selbstreflexive professionelle Haltung. Darüber hinaus müssen strukturelle Rahmenbedingungen (z. B. Finanzierung des Dolmetschereinsatzes) so gestaltet werden, dass eine adäquate Versorgung aller Menschen mit Migrationshintergrund gewährleistet werden kann (Penka et al. 2012).

1.6 Zielsetzung der Studie

Bei dem Großteil der wissenschaftlichen Arbeiten zum Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Migration liegt der Fokus auf den Bereichen kulturell differenter Krankheits- und Körperkonzepte sowie auf den unterschiedlichen Indikationen verschiedener Bevölkerungsgruppen für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe. Mögliche kulturabhängige Unterschiede zwischen Migranten und Einheimischen bezüglich der Einstellung zur Psychotherapie sind dagegen bisher nur unzureichend untersucht. Für eine angemessene gesundheitliche Versorgung der gesamten Bevölkerung ist eine differenzierte Kenntnis soziokultureller Aspekte bei der Einstellung gegenüber der Psychotherapie notwendig. Migranten nehmen eine Psychotherapie seltener in Anspruch als Einheimische. Obwohl entsprechende statistische Daten fehlen, ist davon auszugehen, dass auch Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in einem zumindest vergleichbaren Ausmaß von psychischen Erkrankungen betroffen sind (siehe Kapitel 1.3). Die Gründe für die zögerliche Inanspruchnahme der Psychotherapie bei türkeistämmigen Migranten wurden bislang aber nicht systematisch erfasst. Auch die Darstellung möglicher Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen türkeistämmigen Migranten fehlt bisher.

Ziel der vorliegenden empirischen Studie ist der Vergleich von Menschen aus zwei verschiedenen Kulturkreisen (türkeistämmige/einheimische Probanden) hinsichtlich ihrer Einstellung bezüglich einer psychotherapeutischen Behandlung.

Die Charakterisierung der Probandengruppen beinhaltete:

- Charakteristika und Lebensumstände der türkeistämmigen und einheimischen Probanden (Geschlecht, Alter, Familienstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Wohnortgröße, berufliche Situation, Herkunftsland, Herkunftsland Mutter/Vater).
- Vorerfahrung der türkeistämmigen und einheimischen Probanden hinsichtlich psychotherapeutischer Therapien, Sozialpsychiatrischen Diensten und Wunderheilern.

Zur weiteren Datenerhebung wurden die Probanden mit Hilfe verschiedener Fragebögen befragt:

- Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)
- Fragebogen zur Symptom-Checkliste (SCL-14-Gesamtbelastung und die Teilskalen SCL-14-Depression, SCL-14-Somatisierung, SCL-14-Angst)
- Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP-Gesamtskala und die Teilskalen FEP-pos-Einstellung, FEP-neg-Einstellung)
- Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKKS-T)

- Suinn-Lew Asia Self Identity Acculturation Scale (SL-ASIA)
- Biographischer Fragebogen

Mit Hilfe dieser Instrumente soll die wahrgenommene soziale Unterstützung, die psychische Belastung und die Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe in Abhängigkeit vom Geschlecht und von der Herkunft untersucht werden. Zusätzlich sollen eventuelle generationsspezifische Unterschiede innerhalb der türkeistämmigen Probandengruppe hinsichtlich Akkulturation, soziale Unterstützung, psychische Belastung und Einstellung zur psychotherapeutischen Hilfe analysiert werden.

Hypothesen

- Frauen stehen psychotherapeutischen Behandlungen aufgeschlossener gegenüber, sie empfinden ein höheres Maß an sozialer Unterstützung und psychischer Belastung (Angst, Depression, somatische Symptome) als Männer.
- Türkeistämmige Migranten stehen psychotherapeutischen Behandlungen weniger aufgeschlossener gegenüber, sie empfinden ein geringeres Maß an sozialer Unterstützung und ein höheres Maß an psychischer Belastung (Angst, Depression, somatische Symptome) als Einheimische.
- Bei türkeistämmigen Migranten treten generationsspezifische Unterschiede bezüglich der Aufgeschlossenheit gegenüber psychotherapeutischer Behandlung, der sozialen Unterstützung, der psychischen Belastung (Angst, Depression, somatische Symptome) und des Ausmaßes der Akkulturation auf.

Die erste und die zweite Hypothese sind einseitig und die dritte Hypothese ist zweiseitig formuliert. Um einen einheitlichen Ablauf der Signifikanzprüfung zu gewährleisten, sollen alle Hypothesen zweiseitig überprüft werden, obwohl die beiden Hypothesen (1+2) einseitig formuliert werden. Das bedeutet, dass die Hypothesen 1 und 2 auf einem Signifikanzniveau von 2,5% inferenzstatistisch abgesichert werden (zweiseitig 5%, einseitig 2,5%).

2 Methodik

2.1 Festlegung der Studiengruppen

Um die in der Zielsetzung formulierten Forschungsfragen zu beantworten, musste die Studiengruppe der türkeistämmigen „Migranten“ präziser definiert werden. Hierzu gehörte die Unterscheidung von türkeistämmigen Migranten der 1. und 2. Generation, die Bestimmung des Herkunftslandes und des Migrationszeitpunktes. Als unabhängige Variablen dienten in den Analysen das Vorhandensein eines türkischen Migrationshintergrundes und das Alter. Die Personen, die selbst den Migrationsakt vollzogen haben, d. h. in der Türkei geboren wurden und ihren Wohnsitz nach Deutschland verlagert haben, werden zu den Migranten der 1. Generation gerechnet. Personen, bei denen ein Elternteil oder beide Eltern aus der Türkei zugewandert sind, die aber selbst in Deutschland geboren wurden, werden als Migranten der 2. Generation bezeichnet.

Weiter wurde für die Überprüfung der Hypothesen eine vergleichbare deutsche Stichprobe hinzugezogen. Das wichtigste Kriterium für die Vergleichbarkeit mit der türkeistämmigen Stichprobe war das Alter. Darüber hinaus wurde bei der Aufnahme in diese Gruppe darauf geachtet, dass die Probanden einen kulturell deutsch geprägten Hintergrund besitzen. Dazu wurden nur Probanden in die Kontrollgruppe eingeschlossen, die keinen türkeistämmigen Migrationshintergrund haben. Prinzipiell wurden nur Probanden ≥ 18 Jahre aufgenommen.

2.2 Untersuchungsverlauf

2.2.1 Auswahl der Probanden

Die Datenerhebung wurde im Zeitraum von Juni bis August 2008 in Berlin vorgenommen. Zur Rekrutierung der Probanden wurden insgesamt zehn Arztpraxen zufällig ausgewählt. Die Ärzte der Arztpraxen wurden im Vorfeld um ihre Zustimmung gebeten. Da türkeistämmige Probanden mit geringen Sprachkenntnissen eher muttersprachliche Ärzte aufsuchen, wurden überwiegend Praxen türkeistämmiger Ärzte (Hausärzte, Internisten) ausgewählt. Die Probanden wurden in den Wartezimmern der Ärzte angesprochen.

2.2.2 Zur Methodik der Probandenbefragung

Die Probanden wurden vor der Befragung nach ihrer Ethnizität gefragt. Diejenigen, die die Einschlusskriterien für eine der Studiengruppen (siehe Kapitel 2.1) erfüllten, wurden über das

Forschungsvorhaben aufgeklärt (Probandeninformationen in deutscher und türkischer Sprache, siehe Anhang) und um ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie gebeten (Einwilligungserklärung in deutscher und türkischer Sprache, siehe Anhang). Die Einwilligung lag für Probanden ohne Migrationshintergrund in deutscher und für Probanden mit Migrationshintergrund in türkischer Sprache vor. Darüber hinaus wurden auch alle Fragebögen den Teilnehmern sowohl in türkischer als auch in deutscher Sprache angeboten. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Die Beschwerden, weshalb die Probanden den Arzt aufgesucht hatten, wurden nicht erfasst. Darüber hinaus wurden auch keine Diagnosen dokumentiert.

2.2.3 Datenerhebung

Eingeschlossen wurden insgesamt 258 Probanden. Davon hatten 129 keinen und 129 Personen einen türkischen Migrationshintergrund. In einem zweiten Schritt wurde die Gruppe der Migranten nach ihrem Geburtsort in zwei Subgruppen unterteilt (Migranten der 1. und 2. Generation). Das Geschlecht und das Alter wurden bei der Parallelisierung der Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund soweit wie möglich berücksichtigt. Zusätzlich wurde die Altersstruktur der beiden Gruppen analysiert.

Bei teilnehmenden Analphabeten wurden die Daten von der Doktorandin der vorliegenden Dissertation nach dem Interview dokumentiert.

Die Festlegung von primären und sekundären Endpunkten ist in dieser Studie nicht möglich, da ein Gruppenunterschied von zwei klar definierten natürlichen Populationen untersucht wird. Eine Anwendung von klinischen Maßnahmen erfolgte in dieser Studie nicht.

2.2.4 Datenschutz

Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Charité genehmigt. Als universitäre Forschungseinrichtung unterlag die Forschungsgruppe den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Daher wurden technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, die sicherstellen sollen, dass für die Datenerhebung die Vorschriften zum Datenschutz beachtet wurden. Die Daten wurden mit einem Zahlencode verschlüsselt, der nur das Datum der Erhebung sowie eine Ziffer für die Nummer der Erhebung kennzeichnet. Personenbezogene Daten (Name oder Adresse) wurden im Rahmen dieser Studie nicht erhoben.

2.3 Untersuchungsinstrumente

Im Rahmen der vorliegenden Studie kamen verschiedene Fragebögen und Selbstbeurteilungsinstrumente zum Einsatz. Verwendet wurden deutsch- und türkischsprachige Versionen. Mit der Nutzung muttersprachlicher Fragebögen sollte gewährleistet werden, dass alle Probanden die Fragen verstehen. Da in den Fragebögen psychische bzw. physische Symptome, Gefühle und Empfindungen thematisiert wurden, waren sprachliche Barrieren und infolgedessen fehlerhafte Antworten bei nicht-muttersprachlichen Fragebögen zu erwarten (siehe Kapitel 1.4.5). Bei der Nutzung zweier Versionen stellt sich die Frage nach der Äquivalenz (siehe Kapitel 4.5). Die ins türkische übersetzten Versionen wurden bereits in Vorstudien benutzt und auf ihre Praktikabilität überprüft.

Verwendet wurden der Fragebogen zur Symptom-Checkliste (SCL-14; Harfst et al. 2002), der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU; Fydrich et al. 1999), der Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP; Schmid-Ott et al. 2002), der Fragebogen zur Akkulturation für türkeistämmige Migranten (FRAKKS-T; Bongard 2002), der Fragebogen Suinn-Lew Asia Self Identity Acculturation Scale (SL-ASIA; Suinn et al. 1992) und ein biographischer Fragebogen für die Erfassung der demographischen Daten.

Da es sich um häufig verwendete Instrumente handelt, wird die Güte (z. B. Reliabilität) der Instrumente als gegeben vorausgesetzt.

2.3.1 Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP)

Der FEP wurde von Schmid-Ott et al. (2002) als ein empirisch fundiertes Instrument entwickelt, die Einstellung von „Gesunden“ bzw. (psycho)somatischen Patienten gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe ökonomisch zu bestimmen. Der FEP berücksichtigt dabei Aspekte wie eine mögliche Angst vor Stigmatisierung und die Beurteilung der Kompetenz des Psychotherapeuten. Der Fragebogen beinhaltet 20 Items (siehe Tabelle 2). Die Probanden können auf einer vierstufigen Skala von „ich stimme nicht zu“ bis „ich stimme zu“ beurteilen, ob die Aussagen der Items auf sie persönlich zutreffen oder nicht.

In einer Studie von Ditte et al. (2006) wurde die Reliabilität des FEP als zufriedenstellend (Cronbachs Alpha 0,30–0,78) bewertet.

Tabelle 2: Fragebogen zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP)

Item	Aussage
1	Es gibt seelische Probleme, die man nur mit Hilfe eines Psychotherapeuten lösen kann.
2	Ich denke, dass mich viele für „verrückt“ halten könnten, wenn sie erfahren, dass ich eine Psychotherapie mache.
3	Ich habe schon Gutes von der Hilfe und Einflussnahme von Psychotherapeuten gehört.
4	Wenn ich über einen längeren Zeitraum erhebliche seelische Probleme habe, kann ein Psychotherapeut eher als ich selber die Ursachen dafür feststellen.
5	Es ist mir unangenehm, mit meinen Bekannten über meine seelischen Probleme zu sprechen.
6	Ich habe anderen, wenn sie seelisch sehr belastet waren, schon geraten, einen Psychotherapeuten aufzusuchen.
7	Ich finde es positiv, wenn man versucht, ernsthafte Konflikte zu bewältigen, ohne sich um psychotherapeutische Unterstützung zu bemühen.
8	Jeder sollte an seinen Problemen selbst arbeiten, eine Psychotherapie sollte der letzte Ausweg sein.
9	Ich würde nie zu einem Psychotherapeuten gehen.
10	Andere könnten denken, dass ich mir meine Beschwerden einbilde, wenn keine körperlichen Ursachen dafür gefunden wurden.
11	Ich fürchte, dass sich meine Bekannten und Freunde zurückziehen, wenn sie erfahren, dass ich zu einem Psychotherapeuten gehe.
12	Ich gehe davon aus, dass ein Psychotherapeut gelernt hat, sich einem seelischen Notleidenden gegenüber richtig und hilfreich zu verhalten.
13	Bei schwerwiegenden seelischen Problemen kann eine Psychotherapie hilfreich sein.
14	Meine Bekannten könnten ruhig wissen, wenn ich einen Psychotherapeuten aufsuche.
15	Wenn ich über den Zeitaufwand für eine Psychotherapie nachdenke, zweifle ich an ihrem Nutzen.
16	Ich habe schon einmal darüber nachgedacht, wegen meiner Probleme zu einem Psychotherapeuten zu gehen.
17	Gute Freunde oder nahestehende Verwandte können einem bei ernsthaften seelischen Problemen genauso gut helfen wie ein Psychotherapeut.
18	Wenn ich schwerwiegende seelische Probleme hätte, würde ich mich schnell um professionelle Hilfe bemühen.
19	Wenn man körperlich chronisch krank ist, kann einem eine Psychotherapie helfen, die Krankheit seelisch besser zu verarbeiten.
20	Jemand, der dafür ausgebildet ist, kann mir eher als andere Menschen einen Weg aus einer seelischen Krise weisen.

Die Auswertung des FEP erfolgte nach drei unterschiedlichen Skalen:

- FEP-Gesamtskala: In diese Auswertung wurden die Antworten zu allen Items einbezogen und durch die Anzahl der Items (20) geteilt. Die Spanne der erzielbaren Punkte liegt zwischen 1 und 4, wobei hohe Werte eine positive Einstellung widerspiegeln.
- FEP-Teilskala positive Einstellung (FEP-pos-Einstellung): Bei dieser Auswertung wurde die positive Bewertung einer Psychotherapie analysiert. Sie umfasst Aussagen über positive Auswirkungen einer Psychotherapie bei seelischen Krisen und die Kompetenz von Psychotherapeuten. Es wurden die Items 1, 3, 4, 6, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20 eingeschlossen und durch die Anzahl der Items (11) geteilt. Die Spanne der erzielbaren Punkte liegt zwischen 1 und 4; hohe Werte spiegeln eine positive Einstellung wider.
- FEP-Teilskala negative Einstellung (FEP-neg-Einstellung): Bei dieser Auswertung wurde das Ausmaß der negativen Bewertung bzw. die Skepsis gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung analysiert. Die Teilskala beschreibt Aspekte einer befürchteten potenziellen sozialen Isolierung bei der Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung. Hohe Werte in dieser Skala entsprechen einer großen Angst im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung stigmatisiert zu werden. Es wurden die Items 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 17 eingeschlossen und durch die Anzahl der Items (9) geteilt. Die Spanne der erzielbaren Punkte liegt zwischen 1 und 4, wobei hohe Werte eine skeptische Einstellung gegenüber der Psychotherapie widerspiegeln.

2.3.2 Symptom-Checkliste (SCL-14)

Die SCL-14 wurde auf der Basis von SCL-90-R-Daten (Franke 2000; Franke und Stäcker 1995) von über 9000 Patienten aus der stationären psychosomatischen Rehabilitation und Psychotherapie von Harfst et al. (2002) entwickelt. Die SCL-90-R ist ein weltweit häufig eingesetztes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der psychischen Symptombelastung. Prinz et al. (2013) bestätigten, dass die Kurzversion SCL-14 als Screeninginstrument zur Erfassung psychopathologischer Symptomatik geeignet ist (Cronbachs Alpha 0,81–0,88).

Das Kurzinstrument (SCL-14) mit 14 Items wird zur Messung der allgemeinen psychopathologischen Symptombelastung und zum Screening in den Störungsbereichen „Depression“, „Somatisierung“ und „Phobische Angst“ eingesetzt. Auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ (0–4) können die Probanden beurteilen, ob sie den Aussagen zustimmen oder nicht (siehe Tabelle 3). Die Auswertung der SCL-14 erfolgte nach vier unterschiedlichen Gesichtspunkten:

- SCL-14-Gesamtbelastung: In die Auswertung wurden die Antworten zu allen 14 Items einbezogen und durch die Anzahl der Items geteilt. Die Spanne der erzielbaren Punkte liegt daher zwischen 0 und 4, wobei hohe Werte eine hohe Belastung widerspiegeln.
- SCL-14-Somatisierung: In diese Auswertung wurden nur die Items einbezogen, die über die Somatisierung Auskunft geben. Es wurden die Items 6, 8, 10, 11 eingeschlossen und durch die Anzahl der Items (4) geteilt. Die Spanne der erzielbaren Punkte liegt daher zwischen 0 und 4, wobei hohe Werte ein hohes Maß an Somatisierung widerspiegeln.
- SCL-14-Depression: In diese Auswertung wurden nur die Items einbezogen, die über die Depressionssymptomatik Auskunft geben. Es wurden die Items 3, 4, 5, 9, 12, 13 und durch die Anzahl der Items (6) geteilt. Die Spanne der erzielbaren Punkte liegt daher zwischen 0 und 4, wobei hohe Werte ein hohes Maß an Depression widerspiegeln.
- SCL-14-Angst: In diese Auswertung wurden nur die Items einbezogen, die über die Angst Auskunft geben. Es wurden die Items 1, 2, 7, 14 eingeschlossen und durch die Anzahl der Items (4) geteilt. Die Spanne der erzielbaren Punkte liegt daher zwischen 0 und 4, wobei hohe Werte ein hohes Maß an Angst widerspiegeln.

Tabelle 3: Symptom-Checkliste (SCL-14)

Item	Aussage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?
1	Frucht auf offenen Plätzen oder auf der Straße?
2	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen?
3	Selbstvorwürfe über bestimmte Dinge?
4	dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen?
5	Schwermut?
6	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)?
7	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U- Bahn oder Zug?
8	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen?
9	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft?
10	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen?
11	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen?
12	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind?
13	dem Gefühl, wertlos zu sein?
14	der Frucht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen?

2.3.3 Messinstrument der Sozialen Unterstützung (F-SozU)

Bei dem F-SozU von Fydrich et al. (1999) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren. Der Fragebogen analysiert die subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk zu erhalten, sowie die Einschätzung, auf Ressourcen des sozialen Umfeldes zurückgreifen zu können. Der Begriff "Soziale Unterstützung" beschreibt die qualitative und funktionale Seite sozialer Interaktion. Mit dem F-SozU wird die soziale Unterstützung als wahrgenommene bzw. antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Umfeld operationalisiert. Die Standardform des Fragebogens (54 Items) erfasst die Skalen "Emotionale Unterstützung", "Praktische Unterstützung", "Soziale Integration" und "Belastung aus dem sozialen Netzwerk" sowie die ergänzenden Skalen "Reziprozität", "Verfügbarkeit einer Vertrauensperson" und "Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung".

Die verwendete Kurzform (K-14) des F-SozU (Fydrich et al. 2009) besteht aus 14 Items, die auf der Basis von item- und faktoranalytischen Untersuchungen aus der Langform extrahiert wurden (siehe Tabelle 4). Die Probanden geben auf einer fünfstufigen Skala (von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“) den Grad ihrer Zustimmung zu den Aussagen des Fragebogens an.

Tabelle 4: Messinstrument der Sozialen Unterstützung (F-SozU)

Item	Aussage
1	Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung (z. B. Blumen, Haustiere, Post) kümmert, wenn ich mal nicht da bin.
2	Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen wie ich bin.
3	Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.
4	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.
5	Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.
6	Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.
7	Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.
8	Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.
9	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/ Angehörige bitten, wichtige Dinge (z. B. Einkaufen) für mich zu erledigen.
10	Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.
11	Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.
12	Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.
13	Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.
14	Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit denen ich mich häufig treffe.

Für die Kurzform wurden gute Reliabilitätskennwerte (interne Konsistenz nach Cronbachs Alpha) festgestellt (Fydrich et al. 2009). Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung, K-14 (F-SozU) wurde an einer türkeistämmigen Stichprobe angewendet (Tydecks et al. 2009). Für den

Gesamtwert wurden gute bis sehr gute Kennwerte für die innere Konsistenz (Cronbachs Alpha 0,81–0,93) ermittelt (Fydrich et al. 1999).

Bei der Gesamtskala der Kurzform wurde nicht zwischen emotionaler Unterstützung (8 Items), praktischer Unterstützung (3 Items) und sozialer Integration (4 Items) unterschieden. Die Punkte der einzelnen Items wurden addiert und durch die Zahl der Items (14) dividiert. Die Spanne der erreichbaren Punktzahl beträgt zwischen 1 und 5, wobei hohe Werte eine hohe wahrgenommene soziale Unterstützung widerspiegeln.

2.3.4 Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKKS-T) – Fragebogen zur Akkulturation für türkeistämmige Migranten

Die von Bongard (2002) entwickelte FRAKKS-T bezieht sich auf verschiedene Lebensbereiche (z.B. Sprache, Freunde, Religion, Kultur) und untersucht die Orientierung des Probanden in diesen Lebensbereichen an der Herkunftskultur/Aufnahmekultur (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKKS-T)

Item	Aussage
1	Ich benutze die deutschen Medien (Tageszeitung, Zeitschriften, Radio, TV etc.).
2	In meiner Freizeit spreche ich meine Muttersprache.
3	Ich lebe stark nach den Traditionen meines Herkunftslandes.
4	Ich fühle mich von meinen deutschen Mitmenschen angenommen.
5	Ich habe kein Interesse daran, mich mit Deutschen anzufreunden.
6	Eine Partnerschaft mit einer/einem Deutschen kann ich mir gut vorstellen.
7	Es belastet mich, in der deutschen Gesellschaft zu leben.
8	Ich verfolge die politischen Geschehnisse in Deutschland.
9	Wenn ich Probleme habe, spreche ich darüber mit anderen Leuten aus meinem Land.
10	Ich fühle mich von der deutschen Gesellschaft akzeptiert.
11	Ich habe keine deutschen Freunde.
12	Im Laufe der Zeit hat meine Religion eine immer stärkere Bedeutung für mich bekommen.
13	Ich möchte mein Leben in Deutschland verbringen.
14	Ich mache Gebrauch von Medien (Tageszeitung, Radio, TV etc.) meines Herkunftslandes.
15	Meine Freunde kommen zum größten Teil aus meinem Herkunftsland.

Die FRAKKS-T besteht aus 15 Items, die anhand einer Skala (von 0 = trifft überhaupt nicht zu bis 6 = trifft vollständig zu) beantwortet werden. Die Antworten zu den 15 Items werden

zu einem Wert (Spanne 0–6) zusammengefasst (Summe der Punkte zu den einzelnen Items dividiert durch die Anzahl der Items), der den Akkulturationsgrad der Migranten in die deutsche Gesellschaft wiedergibt. Hohe Werte spiegeln ein hohes Maß an Akkulturation wider. Dieser Fragebogen wurde nur von türkeistämmigen Probanden ausgefüllt. Die Faktorenanalysen der FRAKKS-T bestätigen die Ein-Faktor-Struktur des Instruments. Mit 0,83 zeigt der Cronbachs Alpha eine gute interne Konsistenz (Bongard et al. 2002).

2.3.5 Suinn-Lew Asia Self Identity Acculturation Scale (SL-ASIA)

Mit Hilfe des Fragebogens **SL-ASIA** sollten weitere Informationen zum lebensgeschichtlichen Hintergrund, zu den gegenwärtigen Verhaltensweisen und zur kulturellen Identität gewonnen werden (Suinn et al. 1992). Es beinhaltet fünf Items mit fünf bzw. sechs Antwortmöglichkeiten (siehe Tabelle 6). Zur Auswertung wurden die Werte aller Items auf eine Spanne zwischen 1–5 rekodiert, addiert und durch die Zahl der Items dividiert. Hohe Werte spiegeln ein hohes Maß an Akkulturation wider. Dieser Fragebogen wurde nur von den türkeistämmigen Probanden beantwortet.

Tabelle 6: Suinn-Lew Asia Self Identity Acculturation Scale (SL-ASIA)

Item	Aussage	Antwortmöglichkeiten
1	Welche Sprache sprechen Sie?	1. Nur meine Muttersprache (Türkisch) 2. Nur meine Muttersprache (Türkisch-Kurdisch) 3. Größtenteils meine Muttersprache, ein wenig Deutsch 4. Sowohl Deutsch als auch meine Muttersprache (zweisprachig) 5. Größtenteils Deutsch, ein wenig meine Muttersprache 6. Nur Deutsch
2	Welche Sprache bevorzugen Sie?	1. Nur meine Muttersprache (Türkisch) 2. Nur meine Muttersprache (Türkisch-Kurdisch) 3. Größtenteils meine Muttersprache, ein wenig Deutsch 4. Sowohl Deutsch als auch meine Muttersprache (zweisprachig) 5. Größtenteils Deutsch, ein wenig meine Muttersprache 6. Nur Deutsch
3	Womit identifizieren Sie sich selbst?	1. Mit der türkischen Kultur 2. Mit der türkisch-kurdischen Kultur 3. Mit der türkischen und der deutschen Kultur 4. Mit der türkisch-kurdischen und der deutschen Kultur 5. Mit der deutschen Kultur

Item	Aussage	Antwortmöglichkeiten
4	Womit identifiziert(e) sich Ihre Mutter?	1. Mit der türkischen Kultur 2. Mit der türkisch-kurdischen Kultur 3. Mit der türkischen und der deutschen Kultur 4. Mit der türkisch-kurdischen und der deutschen Kultur 5. Mit der deutschen Kultur
5	Womit identifiziert(e) sich Ihr Vater?	1. Mit der türkischen Kultur 2. Mit der türkisch-kurdischen Kultur 3. Mit der türkischen und der deutschen Kultur 4. Mit der türkisch-kurdischen und der deutschen Kultur 5. Mit der deutschen Kultur

Die innere Konsistenz dieser Skala erwies sich als sehr gut (Cronbachs Alpha 0,88) (Leong und Chou 1998).

2.3.6 Biographischer Fragebogen

Ein **biographischer Fragebogen** dokumentierte Geschlecht, Alter, Geburtsdatum und -land und die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland bzw. in der Türkei, Familienstand, Anzahl der Kinder, derzeitigen Wohnsitz, Schulabschluss, erlernten bzw. zurzeit ausgeübten Beruf, Kontakt zum Psychotherapeuten oder zum traditionellen Heiler (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Biographischer Fragebogen

Item	Aussage	Antwortmöglichkeiten
1	Alter	⇒Jahre
2	Geschlecht	⇒weiblich ⇒ männlich
3	Eigenes Geburtsland	
4	Dauer des Aufenthaltes in Deutschland	⇒weniger als 5 Jahre ⇒5 Jahre bis weniger als 10 Jahre ⇒10 Jahre und mehr
5	Dauer des Aufenthaltes in der Türkei	⇒weniger als 5 Jahre ⇒5 Jahre bis weniger als 10 Jahre ⇒10 Jahre und mehr
6	Geburtsland der Mutter	
7	Geburtsland des Vaters	
8	Familienstand	⇒ledig ⇒verheiratet ⇒getrennt lebend bzw. geschieden ⇒zum zweiten Mal oder erneut verheiratet ⇒verwitwet
9	Haben Sie Kinder?	⇒nein ⇒ja ⇒Anzahl
10	Derzeitige Wohnsituation	⇒lebe alleine ⇒lebe mit anderen zusammen
11	Schulabschluss	⇒Sonderschule/kein Schulabschluss ⇒Hauptschulabschluss ⇒Realschulabschluss/Mittlere Reife ⇒Fachabitur ⇒Abitur ⇒noch in der Schule

Item	Aussage	Antwortmöglichkeiten
12	Erlerner Beruf	
13	Zur Zeit bzw. zuletzt ausgeübter Beruf	
14	Sind Sie zurzeit berufstätig?	⇒Vollzeit ⇒Teilzeit ⇒Hausfrau/Hausmann ⇒noch in der Schule, Klasse ⇒Umschulung ⇒arbeitslos ⇒berentet ⇒noch in der Lehre ⇒Studium, Richtung ⇒Semester
15	Wohnortsgröße	⇒Dorf ⇒Kleinstadt (unter 25.000 Einwohner) ⇒mittlere Stadt (25.000 bis 100.000 Einwohner) ⇒Großstadt (über 100.000 Einwohner)
16	Waren Sie schon einmal oder sind Sie gerade in psychotherapeutischer Behandlung?	⇒nein ⇒ja, ambulant ⇒ja, stationär
17	Haben Sie schon vorher Kontakt gehabt mit?	⇒Beratungsstellen (z. B. Pro Familia, Frauenberatungsstellen) ⇒Sozialpsychiatrischer Dienst ⇒telefonischen Beratungen (z. B. Seelsorge) ⇒sonstige
18	Haben Sie schon einmal Kontakt mit einem Wunderheiler gehabt?	⇒ja ⇒nein ⇒weiß nicht

2.4 Datenauswertung

Wie in dem Kapitel 1.6. ausgeführt wurde, beziehen sich die Zielsetzungen der Studie auf mehrere Aspekte. Zum einen werden Vergleiche in der Gesamtstichprobe von türkeistämmigen und deutschen Probanden (gleiche Anzahl in beiden Gruppen) unter Berücksichtigung des Geschlechts durchgeführt. Darüber hinaus werden Analysen mit Teilstichproben, wie der Gruppe der Migranten, durchgeführt. Eine a priori Bestimmung der Gruppengrößen bei den Migranten wie z. B. Migranten der 1. bzw. 2. Generation gestaltete sich untersuchungsökonomisch sehr schwierig und wurde daher nicht durchgeführt.

Üblicherweise werden optimale Stichprobengrößen bestimmt, in deren Berechnung der α -Fehler, die Power ($1-\beta$), die Richtung des Signifikanztests (einseitig, zweiseitig) und die getestete Effektstärke eingeht (Bortz und Döring 2006). Aufgrund der unterschiedlichen Stichproben der Analysen (Gesamtstichprobe, Teilstichproben), ist die Bestimmung eines optimalen Stichprobenumfangs für alle Analyse nicht möglich. Daher soll an dieser Stelle die Berechnung der getesteten Effektstärken nur exemplarisch dargestellt werden. Die Darstellung erfolgt nur für einen Zweigruppenvergleich und nicht für eine zweifaktorielle, varianzanalytische Auswertung.

Getestet werden die Hypothesen der Untersuchung zweiseitig obwohl die Hypothesen teilweise einseitig formuliert wurden (vergleiche Kapitel 2.6). Dieses Vorgehen führt beim t-

Test zu einer Irrtumswahrscheinlichkeit (α -Fehler) von 0,025. Für einen Zweigruppenvergleich der Gesamtstichprobe (gleiche Gruppenbesetzung, $n_1=n_2$) mit $\alpha=0,025$, einer Power ($1-\beta$) von 0,95 ergibt sich bei $n=258$ Personen ($n_1=n_2=129$) bei einer zweiseitigen Testung eine Effektstärke von $d=0,45$, was einer mittleren Effektstärke entspricht.

Wird ein Zweigruppenvergleich nur in der Gruppe der türkeistämmigen Migranten durchgeführt, würde bei einer gleichen Gruppenbesetzung ($n_1=n_2$), die allerdings nicht immer angenommen werden kann, mit $\alpha=0,05$ bei einer Power ($1-\beta$) von 0,95 bei insgesamt $n=129$ ($258:2=129$ bzw. 130) Personen eine mittlere Effektstärke von $d=0,64$ resultieren (Bortz und Döring 2006).

Die Auswertung der mittels der Fragebögen erhobenen Daten erfolgte mit dem Programmpaket SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) für Windows, Version 15.0. Die erhobenen Daten wurden während der Übertragung in die Datenbank auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Plausibilität geprüft. Als Grenze der statistischen Signifikanz wurde generell eine α -Fehler-Wahrscheinlichkeit (p) von 0,05 bei zweiseitiger Testung angenommen (bei einer einseitigen Testung: $p=0,025$; vgl. Hypothesen, Kapitel 1.6).

Exakter Test nach Fischer

Neben der varianzanalytischen Überprüfung werden einige verteilungsfreie Analysen über den exakten Test nach Fischer durchgeführt, der eine verteilungsfreie Alternative zum 4-Felder- χ^2 Test darstellt (Bortz et al. 2008).

Univariate zweifaktorielle Varianzanalysen für unabhängige Stichproben

Die Varianzanalyse für unabhängige Stichproben ist ein Auswertungsverfahren, bei dem die Mittelwerte mehrerer Stufen eines Faktors einer kardinalen abhängigen Variablen simultan miteinander verglichen werden. So ist für die Betrachtung von mehr als zwei Mittelwerten eines Faktors nur ein Test notwendig. Die Stufen dieser Varianzanalysen sind hierbei unabhängige Stichproben. Es können nicht nur einfaktorielle Varianzanalysen gerechnet werden, die die Mittelwerte verschiedener Stufen eines Faktors untersuchen, sondern auch zweifaktorielle Varianzanalysen für unabhängige Stichproben (Bortz und Schuster 2010). Bei zweifaktoriellen Varianzanalysen werden zwei Faktoren (Faktor A und B) untersucht. Bestimmt werden bei diesem Verfahren zwei Haupteffekte (Haupteffekt A und Haupteffekt B) und eine Interaktion ($A \times B$). Ein signifikanter Haupteffekt bedeutet, dass inferenzstatistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Stufen des jeweiligen Faktors bestehen, eine

signifikante Interaktion zeigt an, dass eine signifikante Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren vorliegt. Hierbei können drei Interaktionsarten unterschieden werden, die ordinale, die hybride und die disordinale Interaktion. Bei der Interpretation von signifikanten Haupteffekten ist die Signifikanz der Interaktion zu berücksichtigen. Bei einer inferenzstatistisch bedeutsamen hybriden bzw. disordinalen Interaktion ist die Interpretation von Haupteffekten teilweise oder ganz eingeschränkt (Bortz und Schuster 2010). Bei jeder zweifaktoriellen Varianzanalyse werden drei Hypothesen getestet, somit gibt es jeweils drei verschiedene Nullhypothesen und drei Signifikanztests (für Haupteffekt A, Haupteffekt B und die Interaktion AxB). Den Signifikanzaussagen liegt bei der zweifaktoriellen Varianzanalyse die Nullhypothese zugrunde, dass der jeweils untersuchte Faktor (A bzw. B) keinen Einfluss auf die abhängige Variable ausübt bzw. dass keine Interaktion (AxB) zwischen den beiden Faktoren besteht. Bei einem Signifikanzniveau von 0,05 bedeutet das, dass ein p-Wert $> 0,05$ die Nullhypothese bestätigt. Liegt der p-Wert $< 0,05$, so wird die Nullhypothese verworfen, es gibt dann einen statistisch abgesicherten Einfluss des Faktors bzw. eine Interaktion mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit (p bzw. α) von 5%. Zur besseren Interpretation werden signifikante Interaktionen graphisch veranschaulicht, um vor allem den Interaktionstyp (ordinal, hybrid, disordinal) zu verdeutlichen (Bortz und Schuster 2010).

3 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Subgruppen der Studie charakterisiert (siehe Kapitel 3.1). Anschließend erfolgt der statistische Vergleich der deutschen und türkeistämmigen Subgruppen (siehe Kapitel 3.2) sowie der türkeistämmigen Migranten der 1. und 2. Generation (siehe Kapitel 3.3). In Kapitel 3.4 werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst.

3.1 Charakteristika der Probanden

An der Untersuchung nahmen 258 Probanden teil, davon waren jeweils $n=129$ (50%) einheimische und türkeistämmige Probanden (siehe Tabelle 8). Bei den türkeistämmigen Probanden wurde eine eventuelle Einbürgerung nicht berücksichtigt. Im Folgenden werden die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe näher beschrieben.

Tabelle 8: Anzahl der Probanden (einheimisch/türkeistämmig)

Herkunft	Häufigkeit	Prozent (%)
Einheimische Probanden	129	50,0
Türkeistämmige Probanden	129	50,0
Gesamt	258	100,0

3.1.1 Geschlechtsverteilung

Von den einheimischen Teilnehmenden waren 67,4% ($n=87$) weiblichen Geschlechts und 32,6% ($n=42$) männlichen Geschlechts. Die Geschlechtsverteilung bei den türkeistämmigen Probanden war mit 65,9% ($n=85$) Frauen und 34,1% ($n=44$) Männern ähnlich (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Geschlecht

Geschlecht	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
Männlich	86 (33,3%)	42 (32,6%)	44 (34,1%)
Weiblich	172 (66,7%)	87 (67,4%)	85 (65,9%)
Gesamt	258 (100%)	129 (50%)	129 (50%)

Von den 129 türkeistämmigen Probanden waren 32 Probanden in Deutschland geboren (siehe Tabelle 10). Von diesen Migranten der 2. Generation waren 26 Personen weiblich (81,3%) und sechs Personen (18,7%) männlich. Von den 97 türkeistämmigen Probanden, die selber in

der Türkei geboren waren, waren 59 Personen (60,8%) weiblich und 38 Personen (39,2%) männlich.

Tabelle 10: Geschlechtsverteilung bei den Migranten der ersten und zweiten Generation

	Anzahl (n) Frauen	Anzahl (n) Männer
Migranten der 2. Generation	26 (81,3%)	6 (18,7%)
Migranten der 1. Generation	59 (60,8%)	38 (39,2%)
Summe	85	44

3.1.2 Alter

Insgesamt waren die Probanden zum Zeitpunkt der Erhebung im Schnitt 42,17 Jahre alt (SD=11,7). Die Probanden türkischer Herkunft waren mit durchschnittlich 38,8 Jahren (SD=9,74) jünger als die Probanden deutscher Herkunft (MW=45,50 Jahre; SD=12,56). Die Alterspanne war in den beiden Untersuchungsgruppen vergleichbar (Probanden deutscher Herkunft von 24 bis 65 Jahre; Probanden türkischer Herkunft 25 bis 70 Jahre, siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Alter der Probanden (Angaben in Jahren)

	Anzahl (n)	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Gesamtstichprobe	258	42,17	11,7	24	70
Probanden deutscher Herkunft	129	45,50	12,56	24	65
Probanden türkischer Herkunft	129	38,84	9,74	25	70

3.1.3 Geburtsland

Von den 258 Teilnehmern waren 159 (61,6%) in Deutschland und 97 Teilnehmer (37,6%) in der Türkei geboren. Jeweils ein Teilnehmer (0,4%) stammte aus Frankreich oder aus Russland (siehe Tabelle 12). Von den 129 deutschen Teilnehmern war mit 127 (98,4%) die überwiegende Zahl in Deutschland geboren. Nur jeweils ein Proband (jeweils 0,8%) stammte aus Frankreich und Russland. Von den 129 Teilnehmern türkischer Herkunft waren mehr als zwei Drittel (n=97; 75,2%) in der Türkei geboren, die restlichen Probanden in dieser Gruppe waren in Deutschland geboren (n=32; 24,8%).

Tabelle 12: Geburtsländer der Teilnehmer

Geburtsland	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
Deutschland	159 (61,6%)	127 (98,4%)	32 (24,8%)
Türkei	97 (37,6%)	-	97 (75,2%)
Frankreich	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-
Russland	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-

Bei 46,5% der Probanden (n=120) war das Geburtsland des Vaters Deutschland. Bei 50,0% (n=129) der Probanden waren die Väter in der Türkei geboren. Daneben gab es vereinzelte Probanden, deren Väter in anderen Ländern geboren waren (siehe Tabelle 13). Bei 93,0% der Probanden deutscher Herkunft (n=120) war das Geburtsland des Vaters Deutschland. Bei 98,4% der Probanden türkischer Herkunft (n=127) war das Geburtsland des Vaters Türkei.

Tabelle 13: Geburtsländer der Väter der Teilnehmer

Geburtsland	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
Deutschland	120 (46,5%)	120 (93,0%)	-
Türkei	129 (50,0%)	2 (1,6%)	127 (98,4%)
Bulgarien	1 (0,4%)	-	1 (0,4%)
Frankreich	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-
Italien	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-
Mazedonien	1 (0,4%)	-	1 (0,4%)
Polen	2 (0,8%)	2 (1,6%)	-
Russland	2 (0,8%)	2 (1,6%)	-
Slowenien	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-

Bei 48,4% (n=125) der Probanden war das Geburtsland der Mutter Deutschland und bei 49,2% (n=127) die Türkei. Vereinzelt nahmen Probanden an der Studie teil, deren Mütter in anderen Ländern geboren waren (siehe Tabelle 14). Bei 96,1% (n=124) der Probanden deutscher Herkunft war das Geburtsland der Mutter Deutschland. Bei 98,4% (n=127) der Probanden türkischer Herkunft war das Geburtsland der Mutter die Türkei.

Tabelle 14: Geburtsländer der Mütter der Teilnehmer

Geburtsland	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
Deutschland	125 (48,4%)	124 (96,1%)	1 (0,8%)
Türkei	127 (49,2%)	-	128 (99,2%)
Polen	3 (1,2%)	3 (2,3%)	-
Russland	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-
Serbien	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-

3.1.4 Aufenthaltsdauer der Probanden in Deutschland und in der Türkei

Von den 258 Probanden lebten 1,9% (n=5) weniger als fünf Jahre und 2,7% (n=7) zwischen fünf und zehn Jahre in Deutschland. Die Mehrzahl der Probanden (95,3%; n=246) lebte zehn Jahre und mehr in Deutschland (siehe Tabelle 15). Von den 129 Probanden türkischer Herkunft lebten 3,9% (n=5) weniger als fünf und 4,7% (n=6) zwischen fünf und zehn Jahre in Deutschland. Auch in dieser Subgruppe lebte die Mehrzahl der Probanden (91,5%; n=118) mehr als zehn Jahre in Deutschland. Bei den Probanden deutscher Herkunft lebten mit einer Ausnahme alle mehr als zehn Jahre in Deutschland (n=128; 99,2%).

Tabelle 15: Aufenthaltsdauer in Deutschland

Aufenthaltsdauer (Jahre)	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
< 5 Jahre	5 (1,9%)	-	5 (3,9%)
≥ 5 Jahre bis < 10 Jahre	7 (2,7%)	1 (0,8%)	6 (4,7%)
≥ 10 Jahre	246 (95,3%)	128 (99,2%)	118 (91,5%)

Von den 258 Probanden lebten 24,8% (n=64) weniger als fünf Jahre, 5,0% (n=13) fünf bis weniger als zehn Jahre und 30,6% (n=79) zehn und mehr Jahre in der Türkei. 39,5% (n=102) der Befragten hatten nie in der Türkei gelebt (siehe Tabelle 16). Nur ein Proband türkischer Herkunft (0,8%), aber 101 (78,3%) der Probanden deutscher Herkunft hatten nie in der Türkei gelebt. Von den Probanden, die fünf bis zehn Jahre oder mehr als zehn Jahre in der Türkei gelebt hatten, waren alle türkischer Herkunft. Bei den Probanden, die weniger als fünf Jahre in der Türkei gelebt hatten, stammten 44% aus Deutschland und 56% aus der Türkei.

Tabelle 16: Aufenthaltsdauer in der Türkei

Aufenthaltsdauer (Jahre)	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
0 Jahre	102 (39,5%)	101 (78,3%)	1 (0,8%)
< 5 Jahre	64 (24,8%)	28 (21,7%)	36 (27,9%)
≥ 5 Jahre bis < 10 Jahre	13 (5,0%)	-	13 (10,1%)
≥ 10 Jahre	79 (30,6%)	-	79 (61,2%)

3.1.5 Familienstand

Der überwiegende Teil der Probanden (n=152; 58,9%) war zum Zeitpunkt der Erhebung verheiratet. 22,9% (n=59) waren ledig, 10,1% (n=26) lebten getrennt oder waren geschieden, 7,8% (n=20) erneut verheiratet und 4,7% (n=12) verwitwet (siehe Tabelle 17). Probanden türkischer Herkunft (n=102; 79,1%) waren mehr als doppelt so häufig verheiratet wie

deutsche Probanden (n=50; 38,8%). Entsprechend lag der Anteil der Probanden in den Gruppen ledig (10,9% versus 34,9%), getrennt lebend oder geschieden (5,4% versus 14,7%), erneut verheiratet (5,4% versus 10,1%) und verwitwet (2,3% versus 7,0%) in der Subgruppe der Probanden türkischer Herkunft deutlich niedriger als in der Subgruppe der Probanden deutscher Herkunft.

Tabelle 17: Familienstand

Familienstand	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
Ledig	59 (22,9%)	45 (34,9%)	14 (10,9%)
Verheiratet	152 (58,9%)	50 (38,8%)	102 (79,1%)
Getrennt lebend geschieden	26 (10,1%)	19 (14,7%)	7 (5,4%)
Erneut verheiratet	20 (7,8%)	13 (10,1%)	7 (5,4%)
Verwitwet	12 (4,7%)	9 (7,0%)	3 (2,3%)

3.1.6 Anzahl der Kinder

Im Schnitt hatten die Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung 1,6 Kinder (SD=1,41). Etwa ein Drittel der Probanden hatten keine Kinder (n=80; 31,0%). Bei den Probanden deutscher Herkunft (n=55; 42,6%) war der kinderlose Anteil deutlich größer als bei den Probanden türkischer Herkunft (n=25; 19,4%). Die deutschen Probanden hatten im Durchschnitt 1,12% Kinder (SD=1,22) und die türkeistämmigen Probanden im Durchschnitt 2,0 (SD=1,43) Kinder (siehe Tabelle 18). Die maximale Zahl der Kinder betrug bei den Probanden deutscher Herkunft sechs und bei den Probanden türkischer Herkunft sieben.

Tabelle 18: Anzahl der Kinder

Kind/Kinder	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
0	80 (31,0%)	55 (42,6%)	25 (19,4%)
1	44 (17,1%)	26 (20,2%)	18 (14,0%)
2	67 (26,0%)	34 (26,4%)	33 (25,6%)
3	42 (16,3%)	8 (6,2%)	34 (26,4%)
4	20 (7,8%)	5 (3,9%)	15 (11,6%)
5	3 (1,2%)	-	3 (2,3%)
6	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-
7	1 (0,4%)	-	1 (0,8%)
Mittelwert	1,6	1,12	2,08
Standardabweichung	1,41	1,22	1,43
Minimum	0	0	0
Maximum	7	6	0

3.1.7 Wohnsituation

16,7% (n=43) der Befragten lebten alleine und 83,3% (n=215) lebten zum Zeitpunkt der Erhebung mit anderen Personen zusammen in einem Haushalt. Von den allein lebenden Probanden stammten mehr als zwei Drittel (n=33; 77%) aus der einheimischen Probandengruppe, Probanden türkischer Herkunft (n=10; 23%) bildeten in dieser Gruppe die Minderheit (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Wohnsituation

	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
Alleine	43 (16,7%)	33 (25,6%)	10 (7,8%)
Mit anderen	215 (83,3%)	96 (74,4%)	119 (92,2%)

3.1.8 Aktuelle berufliche Situation

Die Mehrheit der befragten Personen (n=167; 64,7%) war berufstätig. 18,6% (n=48) gingen einer Teilzeitbeschäftigung und 46,1% (n=119) einer Vollzeitbeschäftigung nach. Der Anteil der Berufstätigen war in der Gruppe der einheimischen Probanden (n=94; 70,5%) deutlich höher als in der Gruppe der Probanden türkischer Herkunft (n=73; 56,6%).

Probanden türkischer Herkunft gaben ihre berufliche Situation deutlich häufiger mit „Hausfrau/-mann“ (n=39; 30,2%) oder mit „arbeitslos“ (n=19; 14,7%) an als Probanden deutscher Herkunft „Hausmann/-frau“ (n=9; 7,0%) „arbeitslos“ (n=5; 3,9%). Dagegen befanden sich die türkeistämmigen Probanden seltener in Rente (2,3% versus 10,1%) oder in einer Lehre (1,6% versus 4,7%, siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Aktuelle berufliche Situation (Mehrfachnennungen möglich)

	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
Vollzeit	119 (46,1%)	66 (48,8%)	53 (41,1%)
Teilzeit	48 (18,6%)	28 (21,7%)	20 (15,5%)
Vollzeit + Teilzeit	167 (64,7%)	94 (70,5%)	73 (56,6%)
Hausfrau/ -mann	48 (18,6%)	9 (7,0%)	39 (30,2%)
Arbeitslos	24 (9,3%)	5 (3,9%)	19 (14,7%)
Rente	16 (6,2%)	13 (10,1%)	3 (2,3%)
In Lehre	8 (3,1%)	6 (4,7%)	2 (1,6%)
In Schule	4 (1,6%)	2 (1,6%)	2 (1,6%)
Umschulung	2 (0,8%)	-	2 (1,6%)
Studium	18 (7,0%)	10 (7,8%)	8 (6,2%)

3.1.9 Wohnortgröße

Die Mehrzahl der Befragten (95,0%; n=245) lebte in der Großstadt Berlin. 2,3% (n=6) lebten in einer mittelgroßen Stadt, 1,2% (n=3) in einer Kleinstadt und 1,6% (n=4) lebten in einem Dorf und waren nur zur Behandlung nach Berlin gekommen. Zwischen den Probanden deutscher und türkischer Herkunft gab es hinsichtlich der Wohnortgröße keine auffälligen Unterschiede (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Wohnortgröße

	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
Dorf	4 (1,6%)	2 (1,6%)	2 (1,6%)
Kleinstadt	3 (1,2%)	3 (2,3%)	-
Mittlere Stadt	6 (2,3%)	3 (2,3%)	3 (2,3%)
Großstadt	245 (95,0%)	121 (93,8%)	124 (96,1%)

3.2 Statistischer Vergleich deutsch- und türkeistämmiger Probanden

Die statistischen Auswertungen erfolgten entweder mit dem exakten Test nach Fischer oder mit der zweifaktoriellen Varianzanalyse für unabhängige Stichproben (siehe Kapitel 2.4).

3.2.1 Häufigkeit der Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung

Von den n=258 Probanden gaben 19,0% (n=49) an, in der Vergangenheit an einer psychotherapeutischen Behandlung teilgenommen zu haben. Damit hatten mehr als vier Fünftel der Probanden (81,0%; n=209) persönlich keine Erfahrung mit einer psychotherapeutischen Behandlung. Bei den Probanden deutscher Herkunft war der Anteil ohne psychotherapeutische Vorerfahrung geringfügig kleiner (73,6%; n=95) als bei den Probanden türkischer Herkunft (88,4%; n=114, siehe Tabelle 22). Wurden die Probanden getrennt nach ihren Erfahrungen mit ambulanter/stationärer Therapie befragt, zeigte sich auch hier, dass die Probanden deutscher Herkunft (ambulant 24,0%; stationär 4,7%) deutlich öfter diese Gesundheitsleistung in Anspruch genommen hatten als die Probanden türkischer Herkunft (ambulant 11,6%; stationär 0%). Die Probanden beantworteten diese Fragen getrennt. Daher treten Inkonsistenzen auf (Anzahl der Probanden mit ambulanter + stationärer psychotherapeutischer Behandlung \neq Anzahl der Probanden mit psychotherapeutischer Behandlung gesamt). Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der Probanden mit stationären psychotherapeutischen Erfahrungen im Vorfeld ambulant behandelt wurde.

Tabelle 22: Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung

Die Prozentangaben beziehen sich auf die in den Spalten angegebenen Probandenzahlen.

	Gesamtstichprobe n=258	Probanden deutscher Herkunft n=129	Probanden türkischer Herkunft n=129
Keine psychotherapeutische Vorerfahrung	209 (81,0%)	95 (73,6%)	114 (88,4%)
Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung	49 (19,0%)	34 (26,4%)	15 (11,6%)
Ambulant	44 (17,1%)	31 (24,0%)	13 (10,2%)
Stationär	6 (2,3%)	6 (4,7%)	-

Die zweiseitige Signifikanzüberprüfung, ob sich die einheimischen von den türkeistämmigen Probanden unterscheiden, erfolgte über den exakten Test nach Fischer (siehe Kapitel 2.4). Die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung unterschied sich mit einem $p=0,004$ signifikant. Auch die getrennte Analyse der ambulanten ($p=0,004$) und stationären ($p=0,03$) psychotherapeutischen Behandlung mit dem exakten Test nach Fischer ergab, dass Deutsche signifikant häufiger behandelt wurden als türkeistämmige Migranten.

3.2.2 Häufigkeit der Kontakte zu Beratungsstellen, zu telefonischer Beratung und zum Sozialpsychiatrischen Dienst

Rund 21,3% ($n=55$) der Befragten hatten zum Zeitpunkt der Erhebung bereits Kontakt zu Beratungsstellen gehabt. Der Anteil lag bei den Probanden deutscher Herkunft (24,0%; $n=31$) verglichen mit den Probanden türkischer Herkunft (18,6%; $n=24$) leicht höher (siehe Tabelle 23). 6,6% ($n=17$) der Probanden des Gesamtkollektivs hatten bereits Kontakt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (Probanden deutscher Herkunft: 10,1%; $n=13$), (Probanden türkischer Herkunft: 3,1%; $n=4$). Nur 4,3% ($n=11$) der Probanden des Gesamtkollektivs hatten in der Vergangenheit eine telefonische Beratung in Anspruch genommen (Probanden deutscher Herkunft: 4,7%; $n=6$), (Probanden türkischer Herkunft: 3,9%; $n=5$). Sonstige Dienste (Kinderpsychiater, Psychiater, Psychiatrie, Psychoanalyse, psychologische Beratungsstelle der Universität, Psychologin, Psychosomatik, Sozialpsychiatrisches Zentrum) waren von 3,9% ($n=10$) der Befragten des Gesamtkollektivs (Probanden deutscher Herkunft: 6,2%; $n=8$), (Probanden türkischer Herkunft: 1,6%; $n=2$) genutzt worden.

Tabelle 23: Kontakte zu Beratungsstellen, zu telefonischer Beratung und zum Sozialpsychiatrischen Dienst

	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
Zu Beratungsstellen	55 (21,3%)	31 (24,0%)	24 (18,6%)
Zum Sozialpsychiatrischen Dienst	17 (6,6%)	13 (10,1%)	4 (3,1%)
Mit telefonischer Beratung	11 (4,3%)	6 (4,7%)	5 (3,9%)
Kontakt mit sonstigen Diensten:	10 (3,9%)	8 (6,2%)	2 (1,6%)
Davon:			
Mit Kinderpsychiater	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-
Mit Psychiater	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-
Mit Psychiatrie	1 (0,4%)	-	1 (0,8%)
Mit Psychoanalyse	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-
Psychologische Beratungsstelle der Universität	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-
Psychologe	3 (1,2%)	3 (2,3%)	-
Psychosomatik	1 (0,4%)	1 (0,8%)	-
Sozialpsychiatrisches Zentrum	1 (0,4%)	-	1 (0,8%)

Die Signifikanzüberprüfung, ob sich die einheimische von der türkeistämmigen Gruppe unterscheidet, erfolgte über den exakten Test nach Fischer (siehe Kapitel 2.4). Der Test wurde zweiseitig durchgeführt. Die Probanden deutscher und die türkischer Herkunft unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Zahl der Kontakte zu Beratungsstellen ($p=0,362$) und zu einer telefonischen Beratung ($p=0,677$). Einen Sozialpsychiatrischen Dienst nahmen Probanden deutscher Herkunft signifikant häufiger in Anspruch ($p=0,042$).

3.2.3 Häufigkeit der Inanspruchnahme von Wunderheilern

13,6% ($n=35$) der Probanden des Gesamtkollektivs gaben an, schon einmal einen Wunderheiler besucht zu haben (siehe Tabelle 24). 3,5% ($n=9$) wussten nicht, ob sie schon einmal einen Wunderheiler aufgesucht hatten. Bei den Probanden deutscher Herkunft hatten 13,2% ($n=17$) Erfahrungen mit einem Wunderheiler und 2,3% ($n=3$) konnten die Frage nicht sicher beantworten. Bei den Probanden türkischer Herkunft gaben 14,0% ($n=18$) an, schon einmal einen Wunderheiler konsultiert zu haben. 4,7% ($n=6$) konnten keine konkreten Angaben machen.

Tabelle 24: Inanspruchnahme von Wunderheiler

	Gesamtstichprobe	Probanden deutscher Herkunft	Probanden türkischer Herkunft
Inanspruchnahme von Wunderheiler	35 (13,6%)	17 (13,2%)	18 (14,0%)
Inanspruchnahme von Wunderheiler fraglich	9 (3,5%)	3 (2,3%)	6 (4,7%)

3.2.4 Beurteilung der sozialen Unterstützung (F-SozU)

Bei den Probanden der vorliegenden Untersuchung beurteilten Männer (n=86) die soziale Unterstützung geringfügig schlechter als Frauen (n=172). Die Unterschiede (F-SozU: 4,21 versus 4,30) waren jedoch mit einem $p=0,588$ nicht signifikant. Gleiches gilt für den ebenfalls marginalen Unterschied zwischen Probanden türkischer und deutscher Herkunft (4,23 versus 4,32; $p=0,355$) (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Einfluss von Herkunft (deutscher im Vergleich zu türkischem Hintergrund) und Geschlecht auf die Beurteilung der sozialen Unterstützung (F-SozU)

Variable	Gruppe	Anzahl (n)	F-SozU MW (SD)	p-Wert
Geschlecht	Männer	86	4,21	0,588
	Frauen	172	4,30	
Herkunft	Probanden deutscher Herkunft	129	4,32	0,355
	Probanden türkischer Herkunft	129	4,23	

3.2.5 Einfluss von Herkunft und Geschlecht auf die psychopathologische Symptombelastung (SCL-14)

Die psychopathologische Gesamtbelastung und die spezifischen Störungsbereiche Depression, Somatisierung und Angst wurden mit der SCL-14-Gesamtskala und den Teilskalen SCL-14-Depression, SCL-14-Somatisierung und SCL-14-Angst bestimmt (siehe Kapitel 2.3.2).

Tabelle 26 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse des Einflusses von Herkunft (deutscher im Vergleich zu türkischem Hintergrund), Geschlecht und der Interaktion der beiden Variablen Geschlecht/Herkunft auf die SCL-14-Gesamtbelastung.

Tabelle 26: Einfluss von Herkunft (deutscher im Vergleich zu türkischem Hintergrund) und Geschlecht auf die SCL-14-Gesamtbelastung

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	SCL-14-Gesamtbelastung MW (SD)
Probanden Herkunft deutscher	Männlich	42	0,3776 (0,2336)
	Weiblich	87	0,4056 (0,3771)
	Gesamt	129	0,3965 (0,3435)
Probanden Herkunft türkischer	Männlich	44	0,6867 (0,7080)
	Weiblich	85	0,9311 (0,8020)
	Gesamt	129	0,8477 (0,7772)
Gesamtkollektiv	Männlich	86	0,5357 (0,5579)
	Weiblich	172	0,6653 (0,6760)
	Gesamt	258	0,6221 (0,6409)
Gruppenvariablen		P-Wert der zu untersuchenden Variablen SCL-14-Gesamtbelastung	
Geschlecht		p=0,086	
Herkunft		p<0,001	
Interaktion Geschlecht/Herkunft		p=0,172	

Der Effekt der Gruppenvariablen Herkunft auf die zu untersuchende Variable SCL-14-Gesamtbelastung ist mit einem $p < 0,001$ signifikant. Dies bedeutet, dass türkeistämmige Migranten sich insgesamt als belasteter beschreiben (MW=0,8477) als Personen deutscher Herkunft (MW=0,3965). Es gibt keinen signifikanten Unterschied in der SCL-14-Gesamtbelastung zwischen den Geschlechtern ($p=0,086$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Herkunft ($p=0,172$).

Tabelle 27 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen, Varianzanalyse des Einflusses von Herkunft (deutscher im Vergleich zu türkischem Hintergrund), Geschlecht und der Interaktion der beiden Variablen Geschlecht bzw. Herkunft auf die SCL-14-Depression (Teilskala der SCL-14-Gesamt-Belastung, siehe Kapitel 2.3.2).

Der Effekt der Gruppenvariablen Herkunft auf die zu untersuchende Variable SCL-14-Depression ist mit einem $p < 0,001$ signifikant. Damit beschreiben sich türkeistämmige Migranten (MW=0,9470) insgesamt als depressiver als Probanden deutscher Herkunft (MW=0,5078). Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,180$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Herkunft ($p=0,305$).

Tabelle 27: Einfluss von Herkunft (deutscher im Vergleich zu türkischem Hintergrund) und Geschlecht auf die Teilskala SCL-14-Depression

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	SCL-14-Depression MW (SD)
Probanden deutscher Herkunft	Männlich	42	0,4881 (0,5039)
	Weiblich	87	0,5172 (0,5368)
	Gesamt	129	0,5078 (0,5245)
Probanden türkischer Herkunft	Männlich	44	0,8030 (0,7490)
	Weiblich	85	1,0216 (0,8732)
	Gesamt	129	0,9470 (0,8364)
Gesamtkollektiv	Männlich	86	0,6492 (0,6568)
	Weiblich	172	0,7665 (0,7638)
	Gesamt	258	0,7274 (0,7307)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen SCL-14-Depression		
Geschlecht	p=0,180		
Herkunft	p<0,001		
Interaktion Geschlecht/Herkunft	p=0,305		

Tabelle 28 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse des Einflusses von Herkunft (deutscher im Vergleich zu türkischem Hintergrund), Geschlecht und der Interaktion der beiden Variablen Geschlecht/Herkunft auf die SCL-14-Somatisierung (Teilskala der SCL-14-Gesamt-Belastung, siehe Kapitel 2.3.2).

Tabelle 28: Einfluss von Herkunft (deutscher im Vergleich zu türkischem Hintergrund) und Geschlecht auf die Teilskala SCL-14-Somatisierung

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	SCL-14-Somatisierung MW (SD)
Probanden deutscher Herkunft	Männlich	42	0,5476 (0,4853)
	Weiblich	87	0,5201 (0,6174)
	Gesamt	129	0,5291 (0,5759)
Probanden türkischer Herkunft	Männlich	44	0,9432 (1,0327)
	Weiblich	85	1,2971 (1,1576)
	Gesamt	129	1,1764 (1,1252)
Gesamtkollektiv	Männlich	86	0,7500 (0,8323)
	Weiblich	172	0,9041 (1,0009)
	Gesamt	258	0,8527 (0,9492)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen SCL-14-Somatisierung		
Geschlecht	p=0,166		
Herkunft	p<0,001		
Interaktion Geschlecht/Herkunft	p=0,106		

Der Effekt der Gruppenvariablen Herkunft auf die zu untersuchende Variable SCL-14-Somatisierung ist mit einem $p < 0,001$ signifikant. Dies bedeutet, dass türkeistämmige

Migranten insgesamt mehr somatische Symptome angeben (MW=1,1764) als Personen deutscher Herkunft (MW=0,5291). Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,166$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Herkunft ($p=0,106$).

Tabelle 29 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse des Einflusses von Herkunft (deutscher im Vergleich zu türkischem Hintergrund), Geschlecht und der Interaktion der beiden Variablen Geschlecht/Herkunft auf die SCL-14-Angst (Teilskala der SCL-14-Gesamt-Belastung, siehe Kapitel 2.3.2).

Tabelle 29: Einfluss von Herkunft (deutscher im Vergleich zu türkischem Hintergrund) und Geschlecht auf die Teilskala SCL-14-Angst

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	SCL-14-Angst MW (SD)
Probanden deutscher Herkunft	Männlich	42	0,0167 (0,1343)
	Weiblich	87	0,1236 (0,2772)
	Gesamt	129	0,0969 (0,2427)
Probanden türkischer Herkunft	Männlich	44	0,2557 (0,6680)
	Weiblich	85	0,4294 (0,8386)
	Gesamt	129	0,3702 (0,7863)
Gesamtkollektiv	Männlich	86	0,1512 (0,4960)
	Weiblich	172	0,2747 (0,6385)
	Gesamt	258	0,2335 (0,5967)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen SCL-14-Angst		
Geschlecht	p=0,097		
Herkunft	p<0,001		
Interaktion Geschlecht/Herkunft	p=0,550		

Der Effekt der Gruppenvariablen Herkunft auf die zu untersuchende Variable SCL-14-Angst ist mit einem $p<0,001$ signifikant. Dies bedeutet, dass türkeistämmige Migranten insgesamt mehr Ängste angeben (MW=0,3702) als Personen deutscher Herkunft (MW=0,0969). Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,097$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Herkunft ($p=0,550$).

3.2.6 Einfluss von Herkunft und Geschlecht auf die Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP)

Die generelle Einstellung der Probanden gegenüber psychotherapeutischer Hilfe wurde über die FEP-Gesamtskala bestimmt. Daneben wurden über Teilskalen die Beurteilung der

positiven (FEP-pos-Einstellung) und negativen (FEP-neg-Einstellung) Aspekte der Psychotherapie thematisiert (siehe Kapitel 2.3.1).

Tabelle 30 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse des Einflusses von Herkunft (deutscher im Vergleich zu türkischem Hintergrund), Geschlecht und der Interaktion der beiden Variablen Geschlecht/Herkunft auf die FEP-Gesamtskala.

Tabelle 30: Einfluss von Herkunft (deutscher im Vergleich zu türkischem Hintergrund) und Geschlecht auf die FEP-Gesamtskala

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	FEP-Gesamtskala MW (SD)
Probanden deutscher Herkunft	Männlich	42	3,1476 (0,4193)
	Weiblich	87	3,1201 (0,4369)
	Gesamt	129	3,1291 (0,4298)
Probanden türkischer Herkunft	Männlich	44	2,7500 (0,4068)
	Weiblich	85	3,0776 (0,4106)
	Gesamt	129	2,9659 (0,4365)
Gesamtkollektiv	Männlich	86	2,9442 (0,4566)
	Weiblich	172	3,0991 (0,4234)
	Gesamt	258	3,0475 (0,4400)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen FEP-Gesamtskala		
Geschlecht	p=0,007		
Herkunft	p<0,001		
Interaktion Geschlecht/Herkunft	p=0,002		

Der Effekt der Gruppenvariablen Herkunft auf die zu untersuchende Variable FEP-Gesamtskala ist mit einem $p < 0,001$ signifikant. Dies bedeutet, dass türkeistämmige Migranten gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung insgesamt negativer eingestellt sind (MW=2,9659) als Personen deutscher Herkunft (MW=3,1291). Darüber hinaus gibt es einen signifikanten Effekt des Geschlechts ($p=0,007$). Frauen (MW=3,0991) bewerten eine psychotherapeutische Behandlung positiver als Männer (MW=2,9442). Es besteht eine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Herkunft ($p=0,002$) auf die FEP-Gesamtskala. Zur Erleichterung der Interpretation wird die Interaktion dieser Variablen graphisch veranschaulicht (vergleiche Abbildung 1). Während sich bei den deutschen Probanden nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen auffinden lassen (MW ♂3,1476 versus ♀3,1201), zeigen die Männer bei den türkeistämmigen Migranten deutlich niedrigere Werte als die Frauen (MW ♂2,7500 versus ♀3,0776). Dies bedeutet, dass zwar der signifikante Haupteffekt Herkunft interpretiert werden kann (generell haben beide Geschlechter in der türkeistämmigen Gruppe niedrigere Werte, siehe Abbildung 1A), aufgrund der Unterschiede in den Herkunftsgruppen aber nicht der signifikante Haupteffekt Geschlecht (bei Probanden deutscher Herkunft: Männer > Frauen, bei türkeistämmigen

Migranten: Männer < Frauen, siehe Abbildung 1B). Bei dieser Interaktion handelt es sich um eine hybride Interaktion.

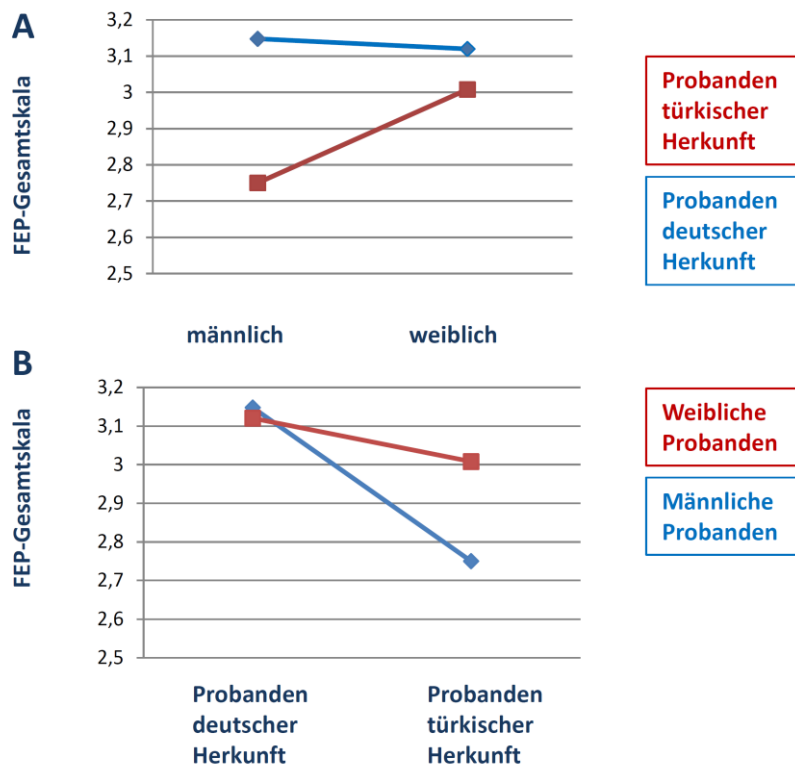


Abbildung 1: Interaktionsdiagramme der Haupteffekte Herkunft (A) und Geschlecht (B) auf die FEP-Gesamtskala

Tabelle 31 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse des Einflusses von Herkunft, Geschlecht und der Interaktion der beiden Variablen Geschlecht/Herkunft auf die FEP-pos-Einstellung. In diese Teilskala werden Items aufgenommen, die die Effekte einer Psychotherapie und die Kompetenz von Psychotherapeuten positiv beurteilen (siehe Kapitel 2.3.1).

Tabelle 31: Einfluss von Herkunft und Geschlecht auf die Teilskala FEP-pos-Einstellung

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	FEP-pos-Einstellung MW (SD)
Probanden deutscher Herkunft	Männlich	42	3,2446 (0,5038)
	Weiblich	87	3,1944 (0,5627)
	Gesamt	129	3,2107 (0,5427)
Probanden türkischer Herkunft	Männlich	44	2,7707 (0,6827)
	Weiblich	85	3,2321 (0,5109)
	Gesamt	129	3,0747 (0,6133)
Gesamtkollektiv	Männlich	86	3,0021 (0,6442)
	Weiblich	172	3,2130 (0,5365)
	Gesamt	258	3,1425 (0,5819)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen FEP-pos-Einstellung		
Geschlecht	p=0,006		
Herkunft	p=0,003		
Interaktion Geschlecht/Herkunft	p=0,001		

Der Effekt der Gruppenvariablen Herkunft auf die zu untersuchende Variable FEP-pos-Einstellung ist mit einem $p=0,003$ signifikant. Dies bedeutet, dass Migranten ($MW=3,0747$) die positiven Effekte einer psychotherapeutischen Behandlung insgesamt negativer beurteilen als Personen deutscher Herkunft ($MW=3,2107$). Darüber schätzen Frauen ($MW=3,2130$) im Vergleich zu Männern ($MW=3,0021$) die positiven Effekte einer psychotherapeutischen Behandlung als signifikant größer ein ($p=0,006$). Es besteht eine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Herkunft ($p=0,001$) auf die Teilskala FEP-pos-Einstellung, diese wird in Abbildung 2 veranschaulicht.

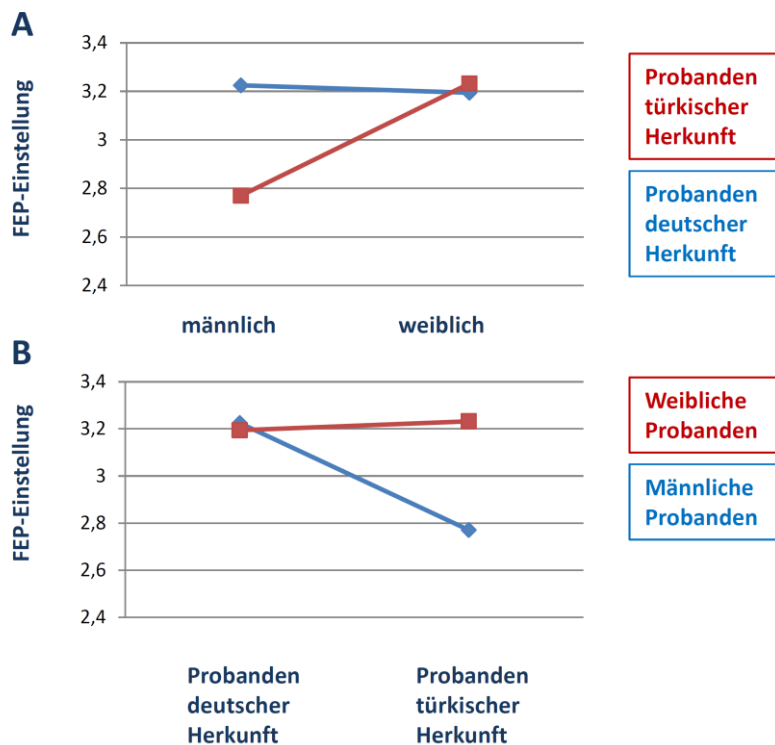


Abbildung 2: Interaktionsdiagramme der Haupteffekte Herkunft (A) und Geschlecht (B) auf die Teilskala FEP-pos-Einstellung

Während sich bei den deutschen Probanden nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen auffinden lassen (MW ♂3,2246 versus ♀3,1944), zeigen die Männer bei den türkeistämmigen Migranten deutlich niedrigere Werte als die Frauen (MW ♂2,7007 versus ♀3,2321). Die Abbildung veranschaulicht, dass weder der signifikante Haupteffekt Herkunft (bei Frauen: türkeistämmig > einheimisch, bei Männern: türkeistämmig < einheimisch, siehe Abbildung 2A) noch der signifikante Haupteffekt Geschlecht (bei Probanden deutscher Herkunft: Männer > Frauen, bei türkeistämmigen Migranten: Männer < Frauen, siehe Abbildung 2B) eindeutig interpretierbar ist, da sich die beiden unabhängigen Variablen gegenläufig beeinflussen. Es liegt eine disordinale Interaktion vor.

Tabelle 32 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen, varianzanalytischen Analyse des Einflusses von Herkunft, Geschlecht und der Interaktion der beiden Variablen Geschlecht/Herkunft auf die FEP-neg-Einstellung. In dieser Teilskala werden Items aufgenommen, die die befürchteten negativen Auswirkungen einer psychotherapeutischen Behandlung thematisieren (siehe Kapitel 2.3.1).

Tabelle 32: Einfluss von Herkunft und Geschlecht auf die Teilskala FEP-neg-Einstellung

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	FEP-neg-Einstellung MW (SD)
Probanden deutscher Herkunft	Männlich	42	1,9392 (0,4086)
	Weiblich	87	1,8570 (0,4070)
	Gesamt	129	1,8837 (0,4077)
Probanden türkischer Herkunft	Männlich	44	2,1843 (0,5239)
	Weiblich	85	2,0654 (0,5360)
	Gesamt	129	2,1059 (0,5328)
Gesamtkollektiv	Männlich	86	2,0646 (0,4843)
	Weiblich	172	1,9599 (0,4851)
	Gesamt	258	1,9948 (0,4864)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen FEP-neg-Einstellung		
Geschlecht	p=0,109		
Herkunft	p<0,001		
Interaktion Geschlecht/Herkunft	p=0,769		

Der Effekt der Gruppenvariablen Herkunft auf die zu untersuchende Variable FEP-neg-Einstellung ist mit einem $p < 0,001$ signifikant. Dies bedeutet, dass türkeistämmige Migranten die negativen Effekte einer psychotherapeutischen Behandlung insgesamt stärker bewerten (MW=2,1059) als Personen deutscher Herkunft (MW=1,8837). Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,109$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Herkunft ($p=0,769$).

3.2.7 Herkunfts- und geschlechtsspezifische Altersverteilung

Tabelle 33 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen, Varianzanalyse des Einflusses von Herkunft, Geschlecht und der Interaktion der beiden Variablen Geschlecht/Herkunft auf das Alter.

Der Effekt der Gruppenvariablen Herkunft auf die zu untersuchende Variable Alter ist mit einem $p < 0,001$ signifikant. Dies bedeutet, dass türkeistämmige Migranten insgesamt jünger sind (MW=38,84) als Personen deutscher Herkunft (MW=45,50). Darüber hinaus sind die Männer (MW=45,07) signifikant älter als die Frauen (MW=40,73; $p=0,003$). Eine signifikante Interaktion zwischen den Gruppenvariablen Geschlecht und Herkunft tritt dagegen nicht auf ($p=0,064$).

Tabelle 33: Einfluss von Herkunft, Geschlecht und der Interaktion von Herkunft/Geschlecht auf das Alter

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	Alter MW (SD)
Probanden deutscher Herkunft	Männlich	42	46,67 (12,14)
	Weiblich	87	44,94 (12,79)
	Gesamt	129	45,50 (12,56)
Probanden türkischer Herkunft	Männlich	44	43,55 (11,17)
	Weiblich	85	36,41 (7,95)
	Gesamt	129	38,84 (9,74)
Gesamtkollektiv	Männlich	86	45,07 (11,69)
	Weiblich	172	40,73 (11,47)
	Gesamt	258	42,17 (11,70)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen Alter		
Geschlecht	p=0,003		
Herkunft	p<0,001		
Interaktion Geschlecht/Herkunft	p=0,064		

3.3 Statistischer Vergleich der türkeistämmigen Migranten der ersten und der zweiten Generation

Alle statistischen Auswertungen erfolgten mit der univariaten Varianzanalyse (siehe Kapitel 2.3). Die Probanden türkischer Herkunft (n=129) wurden in Abhängigkeit ihres Geburtslandes in zwei Gruppen eingeteilt. Waren die Migranten in der Türkei geboren, wurden sie als Migranten der ersten Generation angesehen (n=97). Die in Deutschland geborenen Migranten wurden als Migranten der zweiten Generation bezeichnet (n=32). Die varianzanalytische Auswertung wurde trotz der teilweise geringen Gruppengröße (männliche Migranten der 2. Generation n=6) durchgeführt (siehe Tabelle 34–44). Eine verteilungsfreie Kontrolle wurde aus untersuchungstechnischen Gründen nicht durchgeführt.

3.3.1 Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die Beurteilung der sozialen Unterstützung (F-SozU)

Bei dem F-SozU handelt es sich um einen Selbstauskunftsfragebogen zum Thema Beurteilung der sozialen Unterstützung (siehe Kapitel 2.3.3).

Tabelle 34 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse des Einflusses der Migrantengeneration, des Geschlechts und der Interaktion der beiden Variablen Migrantengeneration/Geschlecht auf den F-SozU. Der Effekt der Gruppenvariablen Migrantengeneration auf die Selbstbeurteilung zur Sozialen Unterstützung (F-SozU) ist mit einem $p=0,636$ nicht signifikant. Dies bedeutet, dass Migranten der 1. Generation insgesamt

eine ähnliche soziale Unterstützung wahrnehmen (MW=4,2135) wie Migranten der 2. Generation (MW=4,2679). Dagegen beurteilen Migrantinnen (MW=4,3252) die soziale Unterstützung signifikant besser als männliche Migranten (MW=4,0373; $p=0,023$). Weiter tritt keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Migrantengeneration auf ($p=0,422$).

Tabelle 34: Einfluss der Migrantengeneration und Geschlecht auf die Selbstbeurteilung zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	F-SozU MW (SD)
Migranten der 2. Generation	Männlich	6	3,8571 (0,5268)
	Weiblich	26	4,3626 (0,5746)
	Gesamt	32	4,2679 (0,5926)
Migranten der 1. Generation	Männlich	38	4,0658 (0,7336)
	Weiblich	59	4,3087 (0,6418)
	Gesamt	97	4,2135 (0,6859)
Gesamtkollektiv	Männlich	44	4,0373 (0,7075)
	Weiblich	85	4,3252 (0,6191)
	Gesamt	129	4,2270 (0,6622)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen F-SozU		
Geschlecht	$p=0,023$		
Migrantengeneration	$p=0,636$		
Interaktion Geschlecht/Migrantengeneration	$p=0,422$		

3.3.2 Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die psychopathologische Symptombelastung (SCL-14)

Bei der SCL-14 handelt es sich um einen Selbstauskunftsfragebogen zum Thema psychische Belastungen (siehe Kapitel 2.3.2).

Tabelle 35 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen, varianzanalytischen Analyse des Einflusses der Migrantengeneration, des Geschlechts und der Interaktion der beiden Variablen Migrantengeneration/Geschlecht auf die SCL-14-Gesamtbelastung.

Tabelle 35: Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die SCL-14-Gesamtbelastung

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	SCL-14-Gesamtbelastung MW (SD)
Migranten der 2. Generation	Männlich	6	0,3929 (0,3343)
	Weiblich	26	0,7885 (0,6876)
	Gesamt	32	0,7143 (0,6511)
Migranten der 1. Generation	Männlich	38	0,7331 (0,7424)
	Weiblich	59	0,9939 (0,8454)
	Gesamt	97	0,8918 (0,8128)
Gesamtkollektiv	Männlich	44	0,6867 (0,7080)
	Weiblich	85	0,9311 (0,8020)
	Gesamt	129	0,8477 (0,7772)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen SCL-14-Gesamtbelastung		
Geschlecht	p=0,090		
Migrantengeneration	p=0,158		
Interaktion Geschlecht/Migrantengeneration	p=0,726		

Der Effekt der Gruppenvariablen Migrantengeneration auf die Selbstbeurteilung der Symptome (SCL-14-Gesamtbelastung) ist mit einem $p=0,158$ nicht signifikant. Dies bedeutet, dass Migranten der 1. Generation insgesamt das Ausmaß auftretender Symptomatik ähnlich beurteilen ($MW=0,8918$) wie Migranten der 2. Generation ($MW=0,7143$). Daneben gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,090$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen den Variablen Geschlecht und Migrantengeneration ($p=0,726$).

Tabelle 36 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen, varianzanalytischen Analyse des Einflusses der Migrantengeneration, des Geschlechts und der Interaktion der beiden Variablen Migrantengeneration/Geschlecht auf die SCL-14-Depression (Teilskala der SCL-14-Gesamtbelastung, siehe Kapitel 2.3.2).

Der Effekt der Gruppenvariablen Migrantengeneration auf die Selbstbeurteilung der auftretenden depressiven Symptomatik (SCL-14-Depression) ist mit einem $p=0,322$ nicht signifikant. Dies bedeutet, dass Migranten der 1. Generation insgesamt etwa gleich häufig depressive Symptome angeben ($MW=0,9622$) wie Migranten der 2. Generation ($MW=0,9010$). Daneben gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,094$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Migrantengeneration ($p=0,400$).

Tabelle 36: Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die Teilskala SCL-14-Depression

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	SCL-14-Depression MW (SD)
Migranten der 2. Generation	Männlich	6	0,4722 (0,4271)
	Weiblich	26	1,0000 (0,8313)
	Gesamt	32	0,9010 (0,7941)
Migranten der 1. Generation	Männlich	38	0,8553 (0,7790)
	Weiblich	59	1,0311 (0,8978)
	Gesamt	97	0,9622 (0,8534)
Gesamtkollektiv	Männlich	44	0,8030 (0,7490)
	Weiblich	85	1,0216 (0,8732)
	Gesamt	129	0,9470 (0,8364)
Gruppenvariablen		P-Wert der zu untersuchenden Variablen SCL-14-Depression	
Geschlecht		p=0,094	
Migrantengeneration		p=0,322	
Interaktion Geschlecht/Migrantengeneration		p=0,400	

Tabelle 37 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen, varianzanalytischen Analyse des Einflusses der Migrantengeneration, des Geschlechts und der Interaktion der beiden Variablen Migrantengeneration/Geschlecht auf SCL-14-Somatisierung (Teilskala der SCL-14-Gesamtbelastung, siehe Kapitel 2.3.2).

Tabelle 37: Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die Teilskala SCL-14-Somatisierung

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	SCL-14-Somatisierung MW (SD)
Migranten der 2. Generation	Männlich	6	0,4583 (0,4587)
	Weiblich	26	1,0577 (1,0731)
	Gesamt	32	0,9453 (1,0095)
Migranten der 1. Generation	Männlich	38	1,0197 (1,0802)
	Weiblich	59	1,4025 (1,1863)
	Gesamt	97	1,2526 (1,1555)
Gesamtkollektiv	Männlich	44	0,9432 (1,0327)
	Weiblich	85	1,2971 (1,1576)
	Gesamt	129	1,1764 (1,1252)
Gruppenvariablen		P-Wert der zu untersuchenden Variablen SCL-14-Somatisierung	
Geschlecht		p=0,079	
Migrantengeneration		p=0,105	
Interaktion Geschlecht/Migrantengeneration		p=0,697	

Der Effekt der Gruppenvariablen Migrantengeneration auf die Selbstbeurteilung mit der Teilskala SCL-14-Somatisierung ist mit einem p=0,105 nicht signifikant. Dies bedeutet, dass Migranten der 1. Generation insgesamt ein vergleichbares Ausmaß somatischer

Beeinträchtigungen angeben (MW=1,2526) wie Migranten der 2. Generation (MW=0,9453). Daneben gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,079$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Migrantengeneration ($p=0,697$) auf.

Tabelle 38 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen, varianzanalytischen Analyse des Einflusses der Migrantengeneration, des Geschlechts und der Interaktion der beiden Variablen Migrantengeneration/Geschlecht auf die Teilskala SCL-14-Angst (Teilskala der SCL-14-Gesamtbelastung, siehe Kapitel 2.3.2).

Tabelle 38: Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die Teilskala SCL-14-Angst

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	SCL-14-Angst MW (SD)
Migranten der 2. Generation	Männlich	6	0,2083 (0,4005)
	Weiblich	26	0,2019 (0,3393)
	Gesamt	32	0,2031 (0,3445)
Migranten der 1. Generation	Männlich	38	0,2632 (0,7046)
	Weiblich	59	0,5297 (0,9672)
	Gesamt	97	0,4253 (0,8796)
Gesamtkollektiv	Männlich	44	0,2557 (0,6680)
	Weiblich	85	0,4294 (0,8386)
	Gesamt	129	0,3702 (0,7863)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen SCL-14-Angst		
Geschlecht	p=0,505		
Migrantengeneration	p=0,328		
Interaktion Geschlecht/Migrantengeneration	p=0,485		

Der Effekt der Gruppenvariablen Migrantengeneration auf die Selbstbeurteilung auftretender Angstsymptomatik (SCL-14-Angst) ist mit einem $p=0,328$ nicht signifikant. Dies bedeutet, dass Migranten der 1. Generation im gleichen Ausmaß Angstsymptomatik angeben (MW=0,4253) wie Migranten der 2. Generation (MW=0,2031). Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,505$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Migrantengeneration ($p=0,485$).

3.3.3 Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP)

Bei dem FEP handelt es sich um einen Selbstauskunftsfragebogen zum Thema Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (siehe Kapitel 2.3.1).

Tabelle 39 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen, varianzanalytischen Analyse des Einflusses der Migrantengeneration, des Geschlechts und der Interaktion der beiden Variablen Migrantengeneration/Geschlecht auf die FEP-Gesamtskala.

Tabelle 39: Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die FEP-Gesamtskala

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	FEP-Gesamtskala MW (SD)
Migranten der 2. Generation	Männlich	6	2,2750 (0,1969)
	Weiblich	26	3,0205 (0,3780)
	Gesamt	32	2,8844 (0,4582)
Migranten der 1. Generation	Männlich	38	2,8250 (0,3804)
	Weiblich	59	3,1008 (0,4252)
	Gesamt	97	2,9928 (0,4282)
Gesamtkollektiv	Männlich	44	2,7500 (0,4068)
	Weiblich	85	3,0776 (0,4106)
	Gesamt	129	2,9659 (0,4365)
Gruppenvariablen		P-Wert der zu untersuchenden Variablen FEP-Gesamtskala	
Geschlecht		p<0,001	
Migrantengeneration		p=0,002	
Interaktion Geschlecht/Migrantengeneration		p=0,018	

Der Effekt der Gruppenvariable Migrantengeneration auf die Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe (FEP-Gesamtskala) ist mit einem $p=0,002$ signifikant. Dies bedeutet, dass türkeistämmige Migranten der 1. Generation (MW=2,9928) insgesamt eine positivere Einstellung zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe besitzen als türkeistämmige Migranten der 2. Generation (MW=2,8844). Daneben ist auch der Einfluss des Geschlechts ($p<0,001$) signifikant. Migrantinnen (MW=3,0776) sind einer Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe deutlich positiver eingestellt als Migranten (MW=2,7500).

Auch die Interaktion der Gruppenvariablen Geschlecht und Migrantengeneration hat einen signifikanten Einfluss auf die FEP-Gesamtskala ($p=0,018$), diese wird in Abbildung 3 veranschaulicht.

Es liegt eine ordinale Interaktion vor. Beide signifikanten Haupteffekte können interpretiert werden. Die Geschlechtsunterschiede sind in der Gruppe der türkeistämmigen Migranten der 2. Generation (♂ 2,2750 versus ♀ 3,0205) deutlicher als in der Gruppe der türkeistämmigen Migranten der 1. Generation (♂ 2,8250 versus ♀ 3,1008). Generell haben beide Geschlechter in der 2. Migrantengeneration niedrigere Werte (siehe Abbildung 3A) und in beiden Migrantengenerationen haben Männer niedrigere Werte als Frauen (siehe Abbildung 3B).

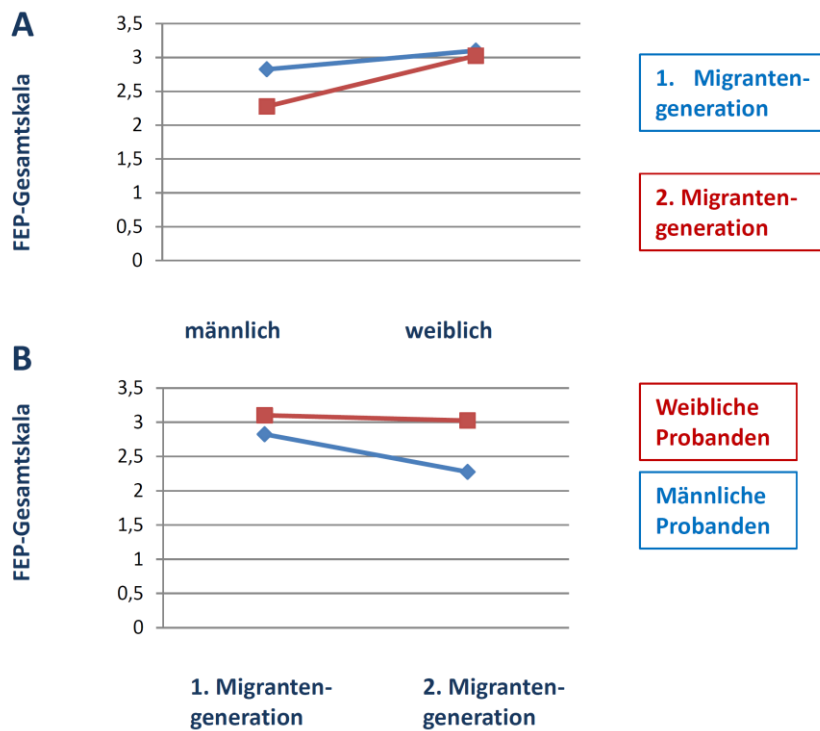


Abbildung 3: Interaktionsdiagramme der Haupteffekte Herkunft (A) und Geschlecht (B) auf die FEP-Gesamtskala

Tabelle 40 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse des Einflusses von Migrantengeneration, Geschlecht und der Interaktion der beiden Variablen Migrantengeneration/Geschlecht auf die FEP-pos-Einstellung. In diese Teilskala werden Items aufgenommen, die die Effekte einer Psychotherapie und die Kompetenz von Psychotherapeuten positiv beurteilen (siehe Kapitel 2.3.1).

Der Effekt der Gruppenvariablen Migrantengeneration und Geschlecht auf die Teilskala FEP-pos-Einstellung ist mit jeweils einem $p < 0,001$ signifikant. Dies bedeutet, dass türkeistämmige Migranten der 1. Generation insgesamt die positiven Effekte einer psychotherapeutischen Hilfe als positiver bewerten ($MW=3,1162$) als türkeistämmige Migranten der 2. Generation ($MW=2,9489$). Gleichzeitig bewerten türkeistämmige Migrantinnen ($MW=3,2321$) die psychotherapeutische Hilfe positiver als türkeistämmige Migranten ($MW=2,7707$). Auch dieser Effekt und der Interaktionseffekt sind mit einem $p < 0,001$ bzw. $p=0,002$ signifikant.

Tabelle 40: Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die Teilskala FEP-pos-Einstellung

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	FEP-pos-Einstellung MW (SD)
Migranten der 2. Generation	Männlich	6	1,9697 (0,5910)
	Weiblich	26	3,1748 (0,5574)
	Gesamt	32	2,9489 (0,7316)
Migranten der 1. Generation	Männlich	38	2,8971 (0,6115)
	Weiblich	59	3,2573 (0,4919)
	Gesamt	97	3,1162 (0,5671)
Gesamtkollektiv	Männlich	44	2,7707 (0,6827)
	Weiblich	85	3,2321 (0,5109)
	Gesamt	129	3,0747 (0,6133)
Gruppenvariablen		P-Wert der zu untersuchenden Variablen FEP-pos-Einstellung	
Geschlecht		p<0,001	
Migrantengeneration		p<0,001	
Interaktion Geschlecht/Herkunft		p=0,002	

Der Interaktionseffekt wird in Abbildung 4 graphisch dargestellt.

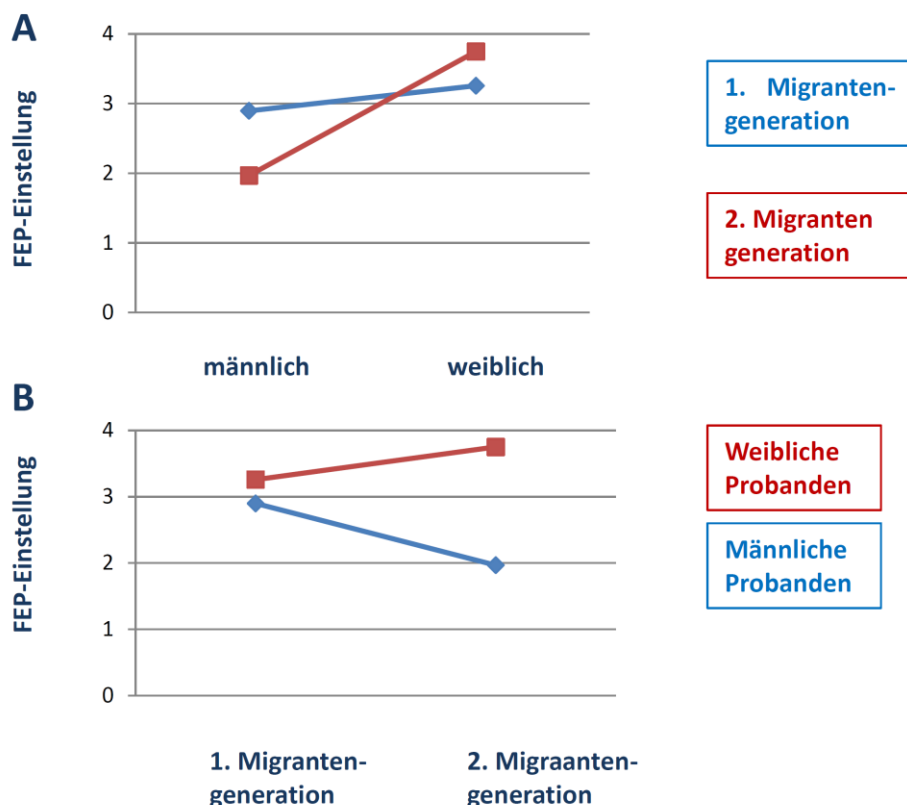


Abbildung 4: Interaktionsdiagramme der Haupteffekte Herkunft (A) und Geschlecht (B) auf die FEP-Teilskala-Einstellung der türkeistämmigen Migranten der 1. und 2. Generation.

Während der Unterschied zwischen Männern und Frauen in der 1. Generation (♂ 2,8971 versus ♀ 3,2573) eher gering ist, ist der Unterschied in der 2. Generation deutlich (♂ 1,9697 versus ♀ 3,1748). Nur der signifikante Haupteffekt Geschlecht kann interpretiert werden, da Männer sowohl in der 1. als auch in der 2. Migrantengeneration geringere Werte zeigen (siehe Abbildung 4B). Bei dem Haupteffekt Migrantengeneration zeigen Frauen der 2. Generation höhere Werte als Frauen der 1. Generation und Männer der 2. Generation niedrigere Werte als Männer der 1. Generation (siehe Abbildung 4A). Es liegt eine hybride Interaktion vor.

Tabelle 41 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen, varianzanalytischen Analyse des Einflusses der Migrantengeneration, des Geschlechts und der Interaktion der beiden Variablen Migrantengeneration/Geschlecht auf die FEP-neg-Einstellung. In diese Teilskala werden Items aufgenommen, die die befürchteten negativen Auswirkungen einer psychotherapeutischen Behandlung thematisieren (siehe Kapitel 2.3.1).

Tabelle 41: Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die Teilskala FEP-neg-Einstellung

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	FEP-neg-Einstellung MW (SD)
Migranten der 2. Generation	Männlich	6	2,2778 (0,8571)
	Weiblich	26	2,0983 (0,4290)
	Gesamt	32	2,1319 (0,5215)
Migranten der 1. Generation	Männlich	38	2,1696 (0,4670)
	Weiblich	59	2,0508 (0,5797)
	Gesamt	97	2,0974 (0,5389)
Gesamtkollektiv	Männlich	44	2,1843 (0,5239)
	Weiblich	85	2,0654 (0,5360)
	Gesamt	129	2,1059 (0,5328)
Gruppenvariablen		P-Wert der zu untersuchenden Variablen FEP-neg-Einstellung	
Geschlecht		p=0,266	
Migrantengeneration		p=0,561	
Interaktion Geschlecht/Migrantengeneration		p=0,820	

Der Effekt der Gruppenvariablen Migrantengeneration auf die geäußerten Befürchtungen einer gesellschaftlichen Stigmatisierung (FEP-neg-Einstellung) ist mit einem $p=0,561$ nicht signifikant. Dies bedeutet, dass Migranten der 2. Generation bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe in gleichem Maße negative Auswirkungen befürchten wie Migranten der 1. Generation (2,13 versus 2,10). Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,266$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Migrantengeneration ($p=0,820$).

3.3.4 Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf den Akkulturationsgrad (FRAKKS-T und SL-ASIA)

Bei der FRAKKS-T (siehe Kapitel 2.3.5) und der SL-ASIA (siehe Kapitel 2.3.6) handelt es sich um zwei Selbstbefragungsinstrumente zur Bestimmung des Akkulturationsgrades.

Tabelle 42 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen, varianzanalytischen Analyse des Einflusses der Migrantengeneration, des Geschlechts und der Interaktion der beiden Variablen Migrantengeneration/Geschlecht auf den Akkulturationsgrad, gemessen mit dem FRAKKS-T.

Tabelle 42: Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die Akkulturation türkeistämmiger Migranten (FRAKKS-T)

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	SCL-14 MW (SD)
Migranten der 2. Generation	Männlich	6	3,4889 (0,6061)
	Weiblich	26	3,0205 (0,9995)
	Gesamt	32	3,1083 (0,9484)
Migranten der 1. Generation	Männlich	38	2,6789 (0,7603)
	Weiblich	59	2,3627 (0,7158)
	Gesamt	97	2,4866 (0,7459)
Gesamtkollektiv	Männlich	44	2,7894 (0,7868)
	Weiblich	85	2,5639 (0,8626)
	Gesamt	129	2,6408 (0,8413)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen FRAKKS-T		
Geschlecht	p=0,048		
Migrantengeneration	p<0,001		
Interaktion Geschlecht/Migrantengeneration	p=0,700		

Der Effekt der Gruppenvariablen Migrantengeneration auf die Akkulturation türkeistämmiger Migranten (FRAKKS-T) ist mit einem $p < 0,001$ signifikant. Dies bedeutet, dass Migranten der 2. Generation insgesamt akkulturierter sind ($MW = 3,1083$) als Migranten der 1. Generation ($MW = 2,4866$). Daneben gibt es einen signifikanten Effekt des Geschlechts ($p = 0,048$). Männliche Migranten zeigen einen höheren Akkulturationsgrad als Migrantinnen ($2,7894$ versus $2,5639$). Es gibt keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Migrantengeneration ($p = 0,700$).

Tabelle 43 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen, varianzanalytischen Analyse des Einflusses der Migrantengeneration, des Geschlechts und der Interaktion der beiden Variablen Migrantengeneration/Geschlecht auf den Akkulturationsgrad, gemessen mit der SL-ASIA-Gesamtskala.

Tabelle 43: Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf die Akkulturation türkeistämmiger Migranten (SL-ASIA)

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	SCL-14 MW (SD)
Migranten der 2. Generation	Männlich	6	2,1000 (0,2757)
	Weiblich	26	2,0846 (0,6018)
	Gesamt	32	2,0875 (0,5517)
Migranten der 1. Generation	Männlich	38	1,7421 (0,4078)
	Weiblich	59	1,6983 (0,5178)
	Gesamt	97	1,7155 (0,4760)
Gesamtkollektiv	Männlich	44	1,7909 (0,4091)
	Weiblich	85	1,8165 (0,5701)
	Gesamt	129	1,8078 (0,5193)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen SL-ASIA		
Geschlecht	p=0,812		
Migrantengeneration	p=0,003		
Interaktion Geschlecht/Migrantengeneration	p=0,909		

Der Effekt der Gruppenvariablen Migrantengeneration auf die Akkulturation türkeistämmiger Migranten (SL-ASIA) ist mit einem $p=0,003$ signifikant. Migranten der 2. Generation (MW=2,0875) sind insgesamt akkulturierter als Migranten der 1. Generation (MW=1,7155). Es gibt keinen signifikanten Unterschied bei den Geschlechtern ($p=0,812$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen Migrantengeneration und Geschlecht ($p=0,909$).

3.3.5 Geschlechtsspezifische Altersverteilung der Migrantengenerationen

Tabelle 44 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen, varianzanalytischen Analyse des Effektes der Gruppenvariablen Migrantengeneration, Geschlecht und der Interaktion der beiden Variablen Migrantengeneration/Geschlecht auf das Alter.

Tabelle 44: Einfluss von Migrantengeneration und Geschlecht auf das Alter

Gruppe	Geschlecht	Anzahl (n)	Alter MW (SD)
Migranten der 2. Generation	Männlich	6	30,83 (6,37)
	Weiblich	26	29,88 (4,03)
	Gesamt	32	30,06 (4,45)
Migranten der 1. Generation	Männlich	38	45,55 (10,44)
	Weiblich	59	39,29 (7,55)
	Gesamt	97	41,74 (9,27)
Gesamtkollektiv	Männlich	44	43,55 (11,17)
	Weiblich	85	36,41 (7,95)
	Gesamt	129	38,84 (9,74)
Gruppenvariablen	P-Wert der zu untersuchenden Variablen Alter		
Geschlecht	p=0,072		
Migrantengeneration	p<0,001		
Interaktion Geschlecht/Migrantengeneration	p=0,183		

Der Effekt der Migrantengeneration auf das Alter ist mit einem $p < 0,001$ signifikant. Türkeistämmige Migranten der 1. Generation (MW=41,74) sind deutlich älter als türkeistämmige Migranten der 2. Generation (MW=30,06). Der Effekt der Gruppenvariablen Geschlecht auf die zu untersuchende Variable Alter ist nicht signifikant ($p=0,072$). Ebenfalls zeigt sich keine signifikante Interaktion zwischen den beiden Gruppenvariablen ($p=0,183$).

3.4 Zusammenfassung der statistischen Ergebnisse

In Tabelle 45 sind die statistischen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt. Eventuell auftretende Interaktionen zwischen den Variablen Herkunft/Geschlecht und Migrantengeneration/Geschlecht werden nur kurz berichtet.

Tabelle 45: Zusammenfassung der statistischen Analyse – Auflistung der signifikanten Unterschiede

* aufgrund signifikanter Interaktionen nicht interpretierbar. D/T = deutsch-/türkeistämmige Probanden; ♀/♂ = Frauen/Männer; 1G/2G = Migranten der 1. und 2. Generation

Vergleich deutsche und türkeistämmige Probanden			
Untersuchte Variable		Test	Ergebnis
Anteil der Probanden mit psychotherapeutischer Behandlung	alle Behandlungen stationäre Behandl.	t-Test	D > T ($p=0,004$)
	ambulante Behandl.		D > T ($p=0,03$)
Anteil der Probanden mit Kontakten zum Sozialpsychiatrischen Dienst			D > T ($p=0,004$)
			D > T ($p=0,042$)
SCL-14	Gesamtbelastung	VA (Herkunft/ Geschlecht)	D < T ($p < 0,001$)
	Depression		D < T ($p < 0,001$)
	Somatisierung		D < T ($p < 0,001$)
	Angst		D < T ($p < 0,001$)
FEP	Gesamtskala		D > T ($p < 0,001$)
	pos-Einstellung		♀ > ♂ ($p=0,007$)*
	neg-Einstellung		D > T ($p=0,003$)*
Alter			♀ > ♂ ($p=0,006$)*
			D > T ($p < 0,001$)
			♀ < ♂ ($p=0,003$)
Vergleich türkeistämmige Probanden der ersten und zweiten Generation			
F-SozU		VA (Generation/ Geschlecht)	♀ > ♂ ($p=0,023$)
FEP	Gesamtskala		1G > 2G ($p=0,002$)
	pos-Einstellung		♀ > ♂ ($p < 0,001$)
FRAKKS-T			1G > 2G ($p < 0,001$)*
			♀ > ♂ ($p < 0,001$)
SL-ASIA			1G < 2G ($p < 0,001$)
			♀ < ♂ ($p=0,048$)
Alter			1G < 2G ($p < 0,001$)
			1G > 2G ($p < 0,001$)

4 Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde die Kulturabhängigkeit der Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung bei Deutschen und türkeistämmigen Menschen in erster und zweiter Generation untersucht. Für die Analyse wurden 258 Probanden mittels strukturierter Fragebögen erfasst. In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und diskutiert. Weiter wird auf die daraus abzuleitenden Konsequenzen und Fragestellungen, die sich für die Forschung ergeben, eingegangen.

Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung – Frauen im Vergleich zu Männern

Die Einstellung gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung ist bei Männern signifikant schlechter als bei Frauen (Ergebnisse der FEP-Gesamtskala: ♂ 2,99 versus ♀ 3,10; $p=0,007$, siehe Kapitel 2.3.1). Ähnliche Ergebnisse zeigt auch die Teilskala FEP-pos-Einstellung (♂ 3,00 versus ♀ 3,21; $p=0,006$). Männer schätzen die positiven Auswirkungen einer Psychotherapie und die Kompetenz des Psychotherapeuten als signifikant schlechter ein. Bei der negativen Teilskala der FEP-neg-Einstellung konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern beobachtet werden (FEP-neg-Einstellung: ♂ 2,06 versus ♀ Frauen 1,96; $p=0,109$). Beide Geschlechter schätzen die Gefahr einer sozialen Isolierung durch die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung ähnlich ein. Allerdings sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass die Varianzanalyse für die FEP-Gesamtskala ($p=0,002$) und die FEP-Teilskala ($p=0,001$) einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Herkunft/Geschlecht ergab. Die Geschlechtsunterschiede bei der FEP-Gesamtskala und der Teilskala FEP-pos-Einstellung beruhen primär auf der unterschiedlichen Einstellung von türkeistämmigen Männern und Frauen (siehe Abbildung 1 und 2), während deutsche Männer und Frauen sehr ähnliche Werte zeigten.

Bei der Beurteilung der vorliegenden Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass die Frauen in der vorliegenden Studie signifikant jünger waren als Männer (♂ 45,1 Jahre versus ♀ 40,8 Jahre; $p=0,003$). Möglicherweise beeinflusst das Alter die Einstellung zur Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Beratung.

In einer Studie zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Verfahren mit 206 Probanden konnte sowohl ein Geschlechtsunterschied (Frauen > Männer) als auch ein Altersunterschied (Ältere > Jüngere) bezüglich der Tendenz, sich psychotherapeutische Hilfe zu holen, beobachtet werden (Mackenzie et al. 2006).

Die vorliegenden Ergebnisse passen auch zu der Beobachtung, dass auf der Station für interkulturelle Psychosomatik der psychiatrischen Klinik Marburg, wo türkeistämmige und einheimische Patienten gemeinsam behandelt wurden, Frauen mit ca. 60% dominierten (Koch 2006). Auch die Studie von Calliess et al. (2007), in der die Einstellung zu Psychotherapie bei jungen türkeistämmige Migranten in Deutschland untersucht wurden, zeigte, eine größere Aufgeschlossenheit des weiblichen Geschlechts gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung.

Männer werden in der Literatur als das „schwierige“ Geschlecht beschrieben und präsentieren sich häufig verschlossen, unemotional und wenig introspektiv sowie wenig offen für psychotherapeutisch initiierte Veränderungsprozesse (Hartkamp 2009).

Auch in der Subgruppe der türkeistämmigen Probanden waren die Frauen gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung signifikant positiver eingestellt als Männer (FEP-Gesamtskala: $p < 0,001$; FEP-pos-Einstellung: $p < 0,001$). Bei der FEP-neg-Einstellung gab es dagegen keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,266$).

Dieses Ergebnis entspricht einer aktuellen US-amerikanischen Studie an Flüchtlingen aus Kambotscha und Laos (Thikeo et al. 2015).

Psychische Belastung – Frauen im Vergleich zu Männern

In dieser Studie gaben Frauen tendenziell ein höheres Maß an psychischer Belastung an als Männer. Diese Tendenz war sowohl bei der SCL-14-Gesamtbelastung (♂ 0,54 versus ♀ 0,67; $p = 0,086$) als auch bei den Teilskalen SCL-14-Depression (♂ 0,65 versus ♀ 0,77; $p = 0,180$), SCL-14-Somatisierung (♂ 0,75 versus ♀ 0,90; $p = 0,166$) und SCL-14-Angst (♂ 0,15 versus ♀ 0,27; $p = 0,097$) festzustellen. Diese Unterschiede waren allesamt jedoch nicht signifikant. Auch in der türkeistämmigen Subgruppe empfanden die Frauen ihre psychische Belastung höher als die Männer (SCL-14-Gesamtbelastung: ♂ 0,69 versus ♀ 0,93; $p = 0,09$, SCL-14-Depression: ♂ 0,80 versus ♀ 1,02; $p = 0,09$, SCL-14-Somatisierung: ♂ 0,94 versus ♀ 1,20; $p = 0,1079$, SCL-14-Angst: ♂ 0,26 versus ♀ 0,43; $p = 0,505$), wobei auch hier keine signifikanten Unterschiede erkennbar waren. Eine Erklärungsmöglichkeit für die relativ ähnliche Beurteilung der psychischen Belastung von Männern und Frauen ist die Rekrutierung der Probanden in den Arztpraxen. Möglicherweise beeinflusst das Vorhandensein einer Erkrankung die Einschätzung der psychischen Belastung, was wiederum eventuelle geschlechtsspezifische Unterschiede in den Hintergrund treten lässt. Dafür spricht, dass die Werte der vorliegenden Studie teilweise deutlich über den durchschnittlich zu erwartenden Werten liegen (SCL-14-Gesamtbelastung: 0,62; SCL-14-Depression: 0,72; SCL-

14-Somatisierung: 0,85; SCL-14-Angst: 0,23) liegen. Der geschlechtsspezifische Unterschied wird in der Dominanz der Frauen in psychotherapeutischen Einrichtungen deutlich.

Psychotherapeutische Vorerfahrung– einheimische im Vergleich zu türkeistämmigen Probanden

Die Mehrzahl der an der Studie teilnehmenden Probanden (mehr als vier Fünftel 81,0%; n=209) hatten keinerlei persönliche Erfahrung mit einer psychotherapeutischen Behandlung. Lediglich 17,1% gaben an, sich schon einmal in eine ambulante Therapie begeben zu haben. 2,3% hatten Erfahrungen mit stationären Therapien. Einheimische Probanden hatten mit 26,4% häufiger eine psychotherapeutische Behandlung als türkeistämmige Probanden (11,6%). Dieses Ergebnis war mit einem $p=0,004$ signifikant. Auch bei der getrennten Betrachtung stationärer ($p=0,03$) und ambulanter ($p=0,004$) Therapien waren einheimische Probanden signifikant häufiger vertreten als türkeistämmige Probanden. Darüber hinaus hatten die Probanden deutscher Herkunft signifikant häufiger Kontakte zum Sozialpsychiatrischen Dienst ($p=0,042$). Die Anzahl der Kontakte zu Beratungsstellen (D 24,0% versus T 18,6%; $p=0,362$) und zu einer telefonischen Beratung (D 4,7% versus T 3,9%; $p=0,667$) war dagegen für deutsch- und türkeistämmige Probanden nicht signifikant verschieden.

In der Literatur wird vielfach beschrieben, dass Migranten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung einen schlechteren Zugang zu den Gesundheitsdiensten haben, was zu einer verzögerten Diagnosestellung und Therapie psychiatrischer Erkrankungen führen kann (Lindert et al. 2008). Als mögliche Gründe kommen Informationsmangel, fehlende bzw. unzureichende interkulturelle Verständigungsmöglichkeiten, Unterschiede im Krankheitsverständnis, Stigmatisierung, Scham, sowie Qualifikations- und Kompetenzmängel bei den Mitarbeitern der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssysteme in Frage (siehe Kapitel 1.4.4). Das deutsche Gesundheitssystem ist speziell für die Versorgung von seelisch kranken Migranten unzureichend ausgestattet. Nur in wenigen Einrichtungen werden integrierte interkulturelle Behandlungsangebote im stationären und/oder ambulanten Setting bereitgestellt. Die vorhandenen Ressourcen reichen nicht aus, um Migranten bundesweit mit dem gleichen Standard wie Einheimischen zu betreuen (Schouler-Ocak et al. 2015b).

Bei der unzureichenden psychotherapeutischen Betreuung von Migranten spielen kulturelle Unterschiede im Krankheitsverständnis eine zentrale Rolle. Türkeistämmige Patienten haben pessimistischere Krankheitsvorstellungen und tendieren zu einer externalen Krankheitsattribution. Sie schätzen die Wirksamkeit der Behandlung und ihren eigenen

Einfluss auf die Erkrankung geringer ein und befürchten eher negative Krankheitskonsequenzen oder einen chronischen Krankheitsverlauf (Franz et al. 2007). Türkeistämmige Patienten sind stärker auf Arzneimittel fixiert, sind von deren Wirksamkeit stärker überzeugt und benutzen auffällig häufig intensive medikamentöse Therapien (Ferber et al. 2003). Kulturell unterschiedliche Erklärungsmodelle von Erkrankungen erschweren die Kommunikation mit dem meist deutschen medizinischen Personal (Penka et al. 2006).

Ein weiterer möglicher Grund für die geringe Inanspruchnahme von Sozialpsychiatrischen Diensten sowie psychiatrischen Einrichtungen durch Menschen mit Migrationshintergrund sind sprachliche Verständigungsbarrieren (siehe Kapitel 1.4.5). Ambulante psychotherapeutische Therapien verlaufen für Menschen mit Migrationshintergrund oft unbefriedigend. Migranten werden weniger häufig tagesklinisch, sondern häufiger langfristig (Schwer- und Mehrfacherkrankte) behandelt. Patienten mit Migrationshintergrund erhalten häufiger eine Intensivbehandlung, dagegen seltener eine psychotherapeutische Behandlung (Schouler-Ocak 2010). Bei einer im Jahre 1998 in Deutschland durchgeführten Umfrage gaben nur 5% aller Ambulanzen an, Angebote bzw. Konzepte für Migranten vorzuhalten. 15% gewährleisteten Dolmetschereinsatz, 50% aller befragten Einrichtungen boten eine Zusammenarbeit mit entsprechenden Beratungsstellen an. Von 15% der Einrichtungen wurden muttersprachliche Behandlungen durchgeführt (Koch 2000). Die bei Haus- und Klinikärzten auftretenden Probleme mit der sprachlichen Verständigung wurden in dieser Umfrage bestätigt. Häufig werden Angehörige als Dolmetscher eingesetzt, denen die notwendigen fachlichen Kompetenzen fehlen (Brucks 2002).

Kleinemeier et al. (2004) führt die niedrige Inanspruchnahmerate bei türkeistämmigen Migranten einerseits auf fehlende Angebote für Migranten und andererseits auf Informationsdefizite auf Seiten der Patienten zurück. Auch bei ausreichenden Deutschkenntnissen ist die Kommunikation durch die Unkenntnis der Patienten zu Erkrankungen eingeschränkt, so dass es häufig zu Fehldiagnosen kommt. Koch et al. (2008) und Haasen et al. (2000b) zeigten, dass kulturell bedingte Kommunikationshemmnisse, die die psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik und Therapie beeinträchtigen, gegenüber sprachlichen Verständigungsproblemen dominieren.

Eine Untersuchung von Schouler-Ocak et al. (2010a) zeigt, dass Patienten mit Migrationshintergrund in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung überrepräsentiert sind. Die Psychiatrischen Institutsambulanzen werden vermutlich von Patienten mit Migrationshintergrund besser angenommen, da deren multiprofessionellen Angebote (z. B. psychiatrisch-

psychotherapeutische Diagnostik, Behandlung, Begleitung und sozialtherapeutische Hilfestellung) den Bedürfnissen dieser Patienten besser gerecht werden. Daher sollten Psychiatrische Institutsambulanzen ihre Angebote um migrations- und insbesondere kulturspezifische Angebote erweitern, damit eine adäquate Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe gewährleistet werden kann.

Das Inanspruchnahmeverhalten von Migranten ist für verschiedene Versorgungsbereiche unterschiedlich. In stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen liegt eine Unterversorgung in den Abteilungen für Psychotherapie/ Psychosomatik, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in Rehabilitationsmaßnahmen vor, in der Forensik und in Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen dagegen eine Überrepräsentation (Koch et al. 2008). In der vorliegenden Arbeit wurde nicht zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen unterschieden, so dass hierzu keine Aussagen gemacht werden können. Es konnte lediglich festgestellt werden, dass die einheimischen Probanden signifikant häufiger eine stationäre Psychotherapie in Anspruch genommen hatten als die türkeistämmigen Probanden. Weiter fielen bei der Auswertung der türkeistämmigen Probanden Inkonsistenzen bei der Beantwortung der Fragebögen auf (siehe Tabelle 22).

Komplementäre Versorgungsbereiche und Sozialpsychiatrische Dienste werden ebenfalls deutlich weniger von Migranten in Anspruch genommen: Bei einem Bevölkerungsanteil von 13% (1998) fanden sich in den betreuten Wohnformen lediglich 5,2% und in Tagesstätten 2,3% Nichtdeutsche (Hauschild und Baum 2000). Die Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland durch Migranten lag im Durchschnitt bei 10,4% und damit deutlich unter ihrem Bevölkerungsanteil (11,6%) (Schouler-Ocak 2012). Die Untersuchung der sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover ergab, dass 2006 nur 16% der behandelten Personen einen Migrationshintergrund besaßen, während ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung in dieser Region bei 23,1% lag (Kimil und Salman 2007).

Auch in der vorliegenden Studie hatten nur 3,1% der türkeistämmigen Probanden gegenüber 10,1% der Einheimischen den Sozialpsychiatrischen Dienst in Anspruch genommen.

Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung – einheimische im Vergleich zu türkeistämmigen Probanden

Die Einstellung gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung war bei türkeistämmigen Probanden schlechter als bei einheimischen Probanden (FEP-Gesamtskala: T 2,97 versus D

3,13; FEP-pos-Einstellung: T 3,07 versus D 3,21; FEP-neg-Einstellung: T 1,86 versus D 2,11). Diese Unterschiede waren mit einem $p < 0,001$ (FEP-Gesamtskala), $p = 0,003$ (FEP-pos-Einstellung; Interaktion mit Geschlechtseffekt, siehe unten) und $p < 0,001$ (FEP-neg-Einstellung) signifikant. Diese Befunde der vorliegenden Dissertation decken sich mit den Literaturdaten. In einer Studie zum Einfluss des Akkulturationsgrads bei jungen türkeistämmigen Migranten in Deutschland auf die Einstellung zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe zeigten türkeistämmige Probanden eine negativere Einstellung gegenüber einer Psychotherapie als deutsche Probanden (Calliess et al. 2007).

Kultur- und Sprachprobleme erhöhen bei Migranten die bestehenden Vorbehalte gegenüber einer psychiatrischen Behandlung. Ein Ziel des Gesundheitssystems muss es daher sein Inanspruchnahmebarrieren aufzuheben, um die Inanspruchnahmezahl entsprechend dem Bedarf zu steigern. Türkeistämmige Patienten zeigen eine positivere Einschätzung gegenüber einer türkischsprachigen Psychotherapie (Ataman 2013). In Einrichtungen mit multiprofessionalem Setting und niedrigschwelligem Angebot erhöht sich der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund (Schouler-Ocak et al. 2010a).

Aktuell entspricht der Anteil der Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund nicht dem Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In Berlin und Hamburg liegt dieser Anteil unter Psychotherapeuten bei 20% bzw. 13% bei einem Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund von 24% bzw. 27% (Möske et al. 2011). Schwierigkeiten beim Aufeinandertreffen von einheimischen Therapeuten und Patienten mit Migrationshintergrund sind beispielsweise differierende Werte, Kommunikation, differierendes Erleben und Wahrnehmen von Emotionen, Misstrauen und fehlende Compliance. In der Arbeit mit Migranten sollten Therapeuten auf subjektive Erklärungsmodelle eingehen, damit sich die Patienten ernstgenommen fühlen, was die Compliance erhöht. Das Anerkennen der subjektiven Krankheitstheorien bedeutet auch das wiederholte Anerkennen der Schmerzen. Mit psychischen Erklärungsmodellen sollte eher zurückhaltend umgegangen werden. Erklärungen sollten vor allem auf der körperlichen Ebene bleiben (vegetative, neurologische Vorgänge) bzw. äußere Faktoren wie Mehrfachbelastungen einbeziehen. Eine weitere Herausforderung bei der Behandlung von Migranten ist die adäquate Information trotz eventuell bestehender Sprachprobleme (Kilcher und Spiess 2003).

Die Ergebnisse zeigen weiter, dass die Einstellung gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung besonders bei den männlichen Probanden unterschiedlicher Herkunft stark differiert (FEP-Gesamtskala: T 2,75 versus D 3,15; FEP-pos-Einstellung: T 2,77 versus D 3,25). Die weiblichen Probanden beider Gruppen zeigen dagegen annähernd gleiche Werte

(FEP-Gesamtskala: T 3,08 versus D 3,12; FEP-pos-Einstellung: T 3,23 versus D 3,19). Die ebenfalls signifikanten Geschlechtseffekte führen in beiden Fällen zu einem signifikanten Interaktionseffekt der Variablen Herkunft und Geschlecht. Aufgrund der gegenläufigen Relation dieses Geschlechtseffektes in den beiden Gruppen (♂ : T<D; ♀ : T>D) war bei der FEP-pos-Einstellung der Effekt der Herkunft nicht mehr interpretierbar.

Lediglich bei der negativen Teilskala unterscheiden sich die Beurteilungen der weiblichen Probanden (FEP-neg-Einstellung: T 2,07 versus D 1,86) unterschiedlicher Herkunft genauso wie die der männlichen Probanden beträchtlich (FEP-neg-Einstellung: T 2,18 versus D 1,94), wohingegen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht signifikant sind ($p=0,109$).

Die Ursachen der negativeren Einstellung von türkeistämmigen Migranten gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung sind bisher unzureichend erforscht (Lindert et al. 2008). Mögliche Einflussfaktoren sind kulturelle Unterschiede, aber auch die Existenz zusätzlicher Barrieren im deutschen Gesundheitssystem speziell für diese Patientengruppe (siehe oben).

Beurteilung der sozialen Unterstützung und der psychischen Belastung – einheimische im Vergleich zu türkeistämmigen Probanden

Die Beurteilung der sozialen Unterstützung erfolgte über den Fragebogen F-SozU und unterschied sich nicht signifikant zwischen den türkeistämmigen und einheimischen Probanden (D 4,32 versus T 4,23; $p=0,355$). Darüber hinaus beurteilten Männer ($n=86$) in der vorliegenden Untersuchung die soziale Unterstützung geringfügig schlechter als Frauen ($n=172$). Der Unterschied (F-SozU: ♂ 4,21 versus ♀ 4,30) war jedoch mit einem $p=0,588$ nicht signifikant.

Die psychische Belastung der deutsch- und türkeistämmiger Probanden wurde mit Hilfe der SCL-14-Gesamtbelastung und verschiedener Teilskalen (Angstsymptomatik: SCL-14-Angst, Depression: SCL-14-Depression, somatische Symptome: SCL-14-Somatisierung) bestimmt. Die Gesamtbelastung wurde von den türkeistämmigen Probanden signifikant höher eingeschätzt (SCL-14-Gesamtbelastung: D 0,40 versus T 0,85; $p<0,001$).

Dies gilt auch für die Subskalen für Depression (SCL-14-Depression: D 0,51 versus T 0,95; $p<0,001$), für somatische Symptome (SCL-14-Somatisierung: D 0,53 versus T 1,18; $p<0,001$) und für Angstsymptomatik (SCL-14-Angst: D 0,10 versus T 0,37; $p<0,001$). Bei keiner der untersuchten Skalen konnte ein signifikanter Effekt des Geschlechts festgestellt werden.

Migranten sind zahlreichen psychischen Belastungen (Akkulturationsstress, Berry 1997) ausgesetzt (siehe Kapitel 1.3). Diese erhöhen die Vulnerabilität für psychische Störungen

(Lay et al. 2005). Zahlreiche Studien thematisieren das unterschiedliche Auftreten von psychischen Erkrankungen bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund. Schouler-Ocak (2010) zeigte, dass bei Patienten mit Migrationshintergrund signifikant häufiger eine neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung diagnostiziert wurde als bei deutschen Patienten. Auch Bermejo et al. (2010) fanden bei Migranten im Vergleich zu Deutschen signifikant höhere Prävalenzraten psychischer Störungen (affektive und somatoforme Störungen). Darüber hinaus treten bei Migranten häufig posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) auf, die oft übersehen werden und sich häufig mit Somatisierungssymptomen vermischen (Tagay et al. 2008). Daher sollte der Aspekt der Traumatisierung bei Migranten im diagnostischen Prozess stärker berücksichtigt werden. Studien, die eine ähnliche Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund belegen, sind in der Minderzahl (Lay et al. 2005).

Zahlreiche Studien beschäftigen sich auch mit dem Auftreten von psychischen Erkrankungen speziell bei türkeistämmigen Migranten. Haasen et al. (2000a) zeigten, dass Migranten im Vergleich zu deutschen Patienten höhere Prävalenzen für psychische Störungen haben (Migranten 17,7% und Deutsche 10,2%). Türkeistämmige Migranten leiden häufiger unter PTBS (Tagay et al. 2008; Erim und Koch 2011), Depression (Erim und Koch 2011) und Somatisierungsstörung (Gül et al. 2008).

Günay und Haag (1990) stellten in ihrer Studie fest, dass in Hamburg lebende türkeistämmige Frauen in einer Allgemeinarztpraxis eine höhere Prävalenz funktioneller Symptome zeigten als die deutsche Vergleichsgruppe. Auch die Suizid-(versuchs)-rate ist bei jungen türkischen Frauen fast doppelt so hoch wie bei deutschen Altersgenossinnen (Montesinos et al. 2010). Besonders gefährdet sind türkeistämmige Frauen, die im Rahmen von transnationalen Ehen nach Deutschland gekommen sind (Uslucan 2005) sowie Kinder von Eltern ohne gültigen Aufenthaltsbewilligungen (Küchenhoff 2008).

Akkulturationsgrad – Migranten der 1. Generation im Vergleich zu Migranten der 2. Generation sowie Migrantinnen im Vergleich zu Migranten

Der Akkulturationsgrad der türkeistämmigen Migranten der 1. Generation war in der vorliegenden Studie statistisch signifikant niedriger als der der Migranten der 2. Generation (FRAKKS-T: 1G 2,49 versus 2G 3,11; $p < 0,001$, SL-ASIA: 1GS 1,72 versus 2G 2,09; $p = 0,003$). Bei der FRAKKS-T war darüber hinaus der Akkulturationsgrad der Männer signifikant höher als der der Frauen (♂ 2,79 versus ♀ 2,56; $p = 0,048$).

Ursache für den höheren Akkulturationsgrad der Migranten der 2. Generation ist einerseits die geringere Bindung an die türkische Kultur und andererseits die bessere Integration in das gesellschaftliche Leben in Deutschland. Migranten der 1. Generation versuchen sich zwar mehrheitlich im ökonomischen und sozialen Bereich in die Gesellschaft des Aufnahmelandes zu integrieren, schotten sich aber gleichzeitig durch ethnische Gruppenbildungen ab. Die Bewahrung der Herkunftskultur gibt ihnen psychische Sicherheit und Geborgenheit. Die zum Zeitpunkt der Migration abgeschlossene Sozialisation bestimmt das Handeln in der Aufnahmegesellschaft und behindert die vollständige Eingliederung (Hill 1990). Migranten der 2. Generation wachsen dagegen mit zwei Kulturen mit teilweise unterschiedlichen Wertestandards auf (Hill 1990). Daraus ergeben sich zwar einerseits Kulturkonflikte zwischen der Heimatkultur der Eltern und der Kultur des Aufnahmelandes, andererseits aber lernen sie schon in einem früheren Alter die „andere Seite“ kennen, was den Integrationsprozess erleichtert. Migranten der 2. Generation haben meist in Deutschland eine Schule besucht und/oder einen Beruf erlernt und haben einheimische Mitschüler, Arbeitskollegen, Freunde und Nachbarn.

Özcan (2004) untersuchte die sozio-ökonomische und -kulturelle Situation der türkeistämmigen Bevölkerung in Deutschland. Die zunehmende Integration türkeistämmiger Migranten korreliert mit einer positiven Entwicklung in ihrer wohnräumlichen Situation und in ausgewählten sozio-kulturellen Bereichen. Im Vergleich zu Deutschen und zu Migranten aus anderen Ländern sind türkeistämmige Migranten aber häufiger als angelernte Arbeiter tätig, haben seltener eine Berufsausbildung und sind stärker von Arbeitslosigkeit betroffen. Die Integration der türkeistämmigen Migranten der 1. Generation wird durch den geringen Bildungsstand bzw. durch Analphabetismus – die Migranten haben in ihrem Heimatland häufig keine Schule oder nur die Grundschule besucht – erschwert. Türkeistämmige Migranten der 2. Generation haben zwar häufig im Vergleich zu türkeistämmigen Migranten der 1. Generation eine bessere Bildung, im Vergleich zu Migranten aus anderen Ländern und Einheimischen aber immer noch in der Regel eine geringere Qualifikation.

In der vorliegenden Studie (Ergebnisse der FRAKKS-T) zeigten Männer teilweise einen höheren Akkulturationsgrad als Frauen. Eine mögliche Ursache ist, dass türkeistämmige Frauen aus kulturellen Gründen weniger oft am Arbeitsleben teilnehmen. Aber auch andere Studien mit Migranten aus anderen Herkunfts- und Aufnahmeländern belegen, dass den Frauen die akkultorative Anpassung an die aufnehmende Gesellschaft langsamer als den Männern gelingt (Ghaffarian 1998) und dass Frauen bei der Akkulturation mehr Stress und Konflikte erleben (Williams und Berry 1991). Günay und Haag (1990) unterteilten

türkeistämmige Patientinnen mit psychosomatischen Beschwerden in eine gut und in eine schlechter akkulturierte Gruppe. Frauen mit einer geringeren Akkulturation zeigten vermehrt psychische Symptome und suchten weniger häufig einen Arzt auf.

Die Studie von Calliess et al. (2007) zur Einstellung gegenüber einer Psychotherapie bei jungen türkeistämmigen Migranten in Deutschland ergab, dass junge türkeistämmige Migranten mit einer erfolgreichen Integration besser informiert sind und insgesamt eine positivere Einstellung gegenüber einer Psychotherapie haben. In der vorliegenden Studie waren Männer zwar besser akkulturiert als Frauen, dennoch aber gegenüber einer Psychotherapie negativer eingestellt.

Soziale Unterstützung – Migranten der 1. Generation im Vergleich zu Migranten der 2. Generation sowie Migrantinnen im Vergleich zu Migranten

Ein Unterschied der Bewertung der sozialen Unterstützung zwischen türkeistämmigen Probanden der 1. und 2. Generation (F-SozU: 1G 4,22 versus 2G 4,27) war mit einem $p=0,636$ statistisch nicht nachweisbar. Betrachtet man die Ergebnisse nach Geschlechtern getrennt, zeigt sich, dass männliche Migranten signifikant ein geringeres Maß an sozialer Unterstützung empfanden als weibliche Migranten ($\text{♀}4,33$ versus $\text{♂} 4,04$; $p=0,023$). Der Unterschied war bei den Migranten der 2. Generation ($\text{♀}4,36$ versus $\text{♂} 3,86$) tendenziell deutlicher als bei den Migranten der 1. Generation ($\text{♀}4,31$ versus $\text{♂} 4,07$).

Eine mangelnde soziale Unterstützung korreliert mit der Häufigkeit des Auftretens sowohl somatischer (z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen) (Berkman und Orth-Gomer 1996) als auch psychischer Erkrankungen. So beeinflusst das soziale Eingebundensein das Auftreten, den Verlauf und die Schwere depressiver Störungen (Wildes 2002). Diese protektive Wirkung der sozialen Unterstützung wurde auch bei türkeistämmigen Migranten gefunden. In einer schwedischen Studie erhöhte eine mangelnde soziale Unterstützung das Suizidrisiko sowohl bei einheimischen als auch bei türkeistämmigen Studenten (Eskin 1995). Bei in den Niederlanden lebenden türkeistämmigen Migranten war eine fehlende soziale Unterstützung durch den Ehepartner ein Risikofaktor für die Entstehung psychischer Störungen (Bengi-Arslan et al. 2002).

Psychische Belastung – Migranten der 1. Generation im Vergleich zu Migranten der 2. Generation

Türkeistämmige Migranten der 1. Generation hielten ihre psychische Belastung gemessen über die SCL-14-Gesamtbelastung (1G 0,89 versus 2G 0,71; $p=0,158$) und über die Subskalen SCL-14-Depression (1G 0,96 versus 2G 0,90; $p=0,322$), SCL-14-Somatisierung (1G 1,25 versus 2G 0,95; $p=0,105$) und SCL-14-Angst (1G 0,43 versus 2G 0,20; $p=0,328$) tendenziell für höher als Migranten der 2. Generation. Diese Unterschiede erreichten jedoch in keinem Fall die statistische Signifikanz.

Nach dem Modell von Sluzki (2001) ist der Anpassungsprozess nicht nur für Personen, die den eigentlichen Migrationsakt miterlebt haben, sondern auch für nachfolgende Generationen bedeutend (Nauck und Niephaus 2001). Migranten der 1. Generation sind tendenziell einem erhöhten Akkulturationsstress ausgesetzt (siehe oben), aber auch Migranten der 2. Generation sind migrationsspezifisch belastet (Spagat zwischen zwei Kulturen). Dieses Szenario erklärt möglicherweise die trotz signifikant besserer Akkulturation nur geringfügig als niedriger empfundene psychische Belastung bei den Migranten der 2. Generation.

In einer Studie mit afrikanischen Migranten in Paris ermittelten Tortelli et al. (2014) für Migranten der 1. Generation verglichen mit Migranten der 2. Generation ein erhöhtes Risiko für eine Psychose. Mehrere Studien belegen ein erhöhtes Suizidrisiko für Migranten der 2. Generation im Vergleich zu Migranten der 1. Generation (Cantor-Graae und Selten 2005; Termorshuizen et al. 2012). Wissenschaftler nehmen daher an, dass Faktoren, die zeitlich nach der Migration liegen, eine größere Bedeutung haben als Faktoren vor und während der Migration (Bourque et al. 2011). Das Risiko für psychische Erkrankungen steigt für Migranten, wenn sie in einer Umgebung leben, in denen nur wenige Menschen derselben Herkunft leben. Die Autoren vermuten, dass die wahrgenommene soziale Unterstützung in Gemeinschaften hoher ethnischer Dichte als Puffer beispielsweise gegen Diskriminierung seitens der Aufnahmegesellschaft fungiert und damit psychischen Erkrankungen vorbeugt (Das-Munshi et al. 2012).

Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung – Migranten der 1. Generation im Vergleich zu Migranten der 2. Generation

Die Migranten der 1. Generation waren gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung signifikant positiver eingestellt als die Migranten der 2. Generation (FEP-Gesamtskala 1G 2,99 versus 2G 2,88; $p=0,002$, FEP-pos-Einstellung: 1G 3,12 versus 2G 2,95; $p<0,001$). Bei der FEP-neg-Einstellung (1G 2,13 versus 2,10; $p=0,561$) gab es keinen signifikanten

Unterschied. Weiter traten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern ($p=0,266$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Migrantengeneration ($p=0,820$) auf.

Bei der Bewertung der Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass die Migranten der 2. Generation signifikant ($p<0,001$) jünger waren als die Migranten der 1. Generation. Auftretende Unterschiede können daher auch aus dem unterschiedlichen Alter der Gruppen resultieren. Weiterführende Studien mit Migranten verschiedener Generationen gleichen Alters wären wünschenswert. Eine US-amerikanische Studie belegt für ältere Probanden eine aufgeschlossenerere Einstellung gegenüber der Psychotherapie (Mackenzie et al. 2006). In einer Studie von Yavuz (2007) nahmen jüngere türkeistämmige Patienten aus Deutschland häufiger einen Hodscha in Anspruch als ältere Patienten und waren gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung negativer eingestellt. Da bei den türkeistämmigen Migranten der ersten Generation ein sogenannter „healthy migrant effect“ auftritt und sie selten erkranken, tauchen die Beschwerden erst im höheren Alter auf (Räuber 2011). Die tendenziell höhere psychische Belastung der Migranten 1. Generation beeinflusst möglicherweise die Einstellung gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung.

5 Limitation der Studie

Äquivalenzmängel

Bei methodisch auf Fragebogen basierenden interkulturellen Analysen spielen sowohl die Datenerhebungsäquivalenz als auch die Konstruktäquivalenz eine Rolle (Fleischmann 2014). Die Datenerhebungsäquivalenz fordert die Vergleichbarkeit der Stichprobe und der Erhebungsmethode. Eine Vergleichbarkeit der Stichprobe ist in der vorliegenden Analyse nur eingeschränkt gegeben, da sich beispielsweise die verschiedenen Untersuchungsgruppen hinsichtlich ihres Alters signifikant unterscheiden. Die Erhebungsmethode war für alle Probanden ähnlich. Sie wurden im Wartezimmer von Ärzten angesprochen. Um Missverständnisse aufgrund von Sprachbarrieren zu vermeiden, wurden jedoch die Fragebögen sowohl in deutscher als auch in türkischer Sprache angeboten. Die Bedeutungsäquivalenz der deutschen und türkischen Fragebögen wurde im Vorfeld nicht überprüft. Sowohl bei der Erstellung der Fragebögen in den verschiedenen Sprachen als auch bei der Beantwortung der Fragen können kulturelle Unterschiede bezüglich der Bedeutung von Merkmalen (fehlende Konstruktäquivalenz), der Interpretation von Begriffen (fehlende semantische Äquivalenz) und Interpretation der Antwortmöglichkeiten (fehlende Messäquivalenz) auftreten. Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse sollten daher potentiell auftretende Verzerrungen aufgrund einer fehlenden Äquivalenz berücksichtigt werden.

Messinstrumente

Die Erfassung der soziodemographischen Daten erfolgte mittels eines Fragebogens. Daher ist nicht auszuschließen, dass die Angaben teilweise fehlerhaft sind. Auch die anderen Daten (psychische Belastung, soziale Unterstützung, Einstellung zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe) wurden mit Hilfe von Fragebögen erhoben. Strukturierte klinische Interviews fanden nicht statt. Markus und Kitayama (1991) wiesen in diesem Zusammenhang auf die Schwierigkeiten der Erfassung von Selbstkonzepten über Selbstauskünfte hin, da es sich nicht um deklaratives Wissen handelt. Eine mögliche Alternative wäre die Erfassung des Selbstkonzepts mittels impliziter Messverfahren, um auch kulturell bedingte Antworttendenzen zu kontrollieren.

Die in dieser Studie verwendeten Fragebögen sind verbreitete und etablierte Verfahren. Die Selbsteinschätzungen (z. B. SCL-14) unterliegen den bekannten Einschränkungen durch das

Antwortverhalten der untersuchten Personen. Dabei kann angenommen werden, dass systematische Verzerrungen, die die Ergebnisse beeinflussen, nicht vorkommen.

Will man die diskutierten methodischen Probleme umgehen, müssten Untersuchungen mithilfe fachkompetenter türkischsprachiger Interviewer durchgeführt werden. Nach wie vor kann man davon ausgehen, dass ein relevanter Anteil türkeistämmiger Migranten mit einer Fragebogenerhebung nicht zurechtkommt. Darüber hinaus liegen nur wenige Fragebogeninstrumente in türkischer Sprache vor, so dass weitergehende spezifischere Fragestellungen nicht beantwortet werden können, oder aber die Untersucher auf nicht evaluierte Übersetzungen zurückgreifen müssen.

Für eine detaillierte Erfassung von Behandlungsprozessen bieten qualitative Auswertungsmethoden einen geeigneten Zugang, da sie bestimmte Aspekte (z. B. die Bedeutung von kultur- und migrationsspezifischen Themen im Behandlungsverlauf) besser abbilden können als entsprechende Fragebögen.

Stichprobenwahl

Die Stichprobe der vorliegenden Studie bestand mehrheitlich aus weiblichen Probandinnen. Die Männer waren von ihrer Anzahl deutlich unterlegen. Diese Geschlechtsverteilung stellt jedoch keine Besonderheit dar, sondern spiegelt die im ambulanten Setting vorzufindende Relation wider. Angebote in den Arztpraxen werden prinzipiell mehrheitlich von Frauen in Anspruch genommen. Im Rahmen des Marburger Konzepts zur psychotherapeutischen Behandlung von Migranten aus der Türkei wurde eine Station für interkulturelle Psychosomatik in die psychiatrische Klinik Marburg integriert. Auch in dieser Einrichtung betrug der Frauenanteil ca. 60%. Darüber hinaus waren Migranten der 2. Generation in der vorliegenden Studie überrepräsentiert (Koch 2006).

Aus methodischer Sicht bietet die Studie Vor- und Nachteile. Vorteilhaft ist die Homogenität der Stichprobe, denn die Hälfte der Probanden sind Migranten türkeistämmiger Herkunft. Ein Nachteil bei dem Vergleich der 1. und 2. Migrantengeneration ist die relativ kleine Stichprobengröße der Subgruppen (z. B. $n=6$ für männliche Migranten). Die Ergebnisse dieses Teils der vorliegenden Studie sind daher nur bedingt auf alle Migranten in Deutschland zu übertragen. Eine größere Stichprobe würde validere Aussagen über definierte Subgruppen von Migranten mit türkischem Migrationshintergrund (z. B. bezüglich Alter, Geschlecht, Herkunftsregion und Akkulturationsniveau) ermöglichen.

Weiter schränkt auch die Rekrutierung der Probanden in Arztpraxen die Repräsentativität der Studie ein, da so nur Menschen mit gesundheitlichen Problemen in die Studie eingeschlossen

wurden. Diese Ausgangssituation der Probanden beeinflusste potenziell ihre Antworten z. B. bei der SCL-14. Darüber hinaus unterschieden sich die türkeistämmigen und einheimischen Probanden hinsichtlich ihrer Lebenssituation (z. B. Berufstätigkeit, Familienstand) und ihres Alters, diese Parameter nehmen aber mit hoher Wahrscheinlichkeit Einfluss z. B. auf das wahrgenommene Maß der sozialen Unterstützung.

Außerdem bestand bei allen Vergleichen ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen bezüglich des Alters. Die einheimischen Probanden waren älter als die türkeistämmigen Probanden ($p < 0,001$), die Frauen waren jünger als die Männer ($p = 0,003$) und die Migranten der 1. Generation älter als die der 2. Generation ($p < 0,001$). Es ist davon auszugehen, dass der Faktor Alter einen großen Einfluss auf die psychische Belastung (SCL-14), auf die Einstellung zur Inanspruchnahme einer Psychotherapie (FEB) und auf die soziale Unterstützung (F-SozU) hat.

Die fehlende Parallelität der Vergleichsgruppen hinsichtlich verschiedener Parameter sollte bei der Interpretation der Ergebnisse Berücksichtigung finden.

Vergleichbarkeit mit anderen Studien

Die Vergleiche zu anderen Studien werden dadurch erschwert, dass die Definition des Migrationsstatus zwischen den Untersuchungen variieren. Über die Hintergründe der Migration, welche entscheidend für die Wahrnehmung und Verarbeitung des Migrationsereignisses sein können, kann hier nichts ausgesagt werden. In einer weiteren Studie sollten daher in prospektiver Weise Zusammenhänge zwischen kulturspezifischen Überzeugungen und Behandlungsergebnissen analysiert und moderierende Variablen mit einbezogen werden.

6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie lassen sich Handlungsoptionen für das Gesundheitswesen und weitere Fragestellungen für zukünftige Forschungsvorhaben ableiten.

Weiterführende Forschungsvorhaben

Das Thema „Psychiatrie und Migration“ stand bislang eher abseits des allgemeinen psychiatrischen Interesses. Es fehlen in Deutschland weiterhin epidemiologische Daten, insbesondere zur ambulant-psychiatrischen Behandlung von Migranten (Zeiler und Zarifoglu 1997; Schouler-Ocak et al. 2015a).

Künftige Studien sollten sich mit den therapiebezogenen Einstellungen der Patienten und den sich daraus ableitenden notwendigen Modifikationen des Behandlungsangebotes, insbesondere des psychotherapeutischen Vorgehens, befassen. Zum Lösen der methodischen Probleme müssten solche Untersuchungen mithilfe fachkompetenter türkischsprachiger Interviewer durchgeführt werden.

In der vorliegenden Studie wurden türkeistämmige Migranten untersucht, die circa die Hälfte ihres Lebens in Deutschland verbracht haben. Daher bleibt unklar, ob die beobachteten Unterschiede (Skepsis gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung; Grad der psychischen Belastung, geringere Inanspruchnahme psychotherapeutischer Einrichtungen) auf den türkischen Hintergrund der Probanden zurückzuführen ist. Möglicherweise sind diese Differenzen auch Folge des Akkulturationsprozesses und der Entwicklung einer bikulturellen Identität. Zukünftige Untersuchungen mit türkeistämmigen Probanden, die einen großen Teil ihres Lebens in der Türkei verbracht haben, können weiteren Aufschluss über kulturspezifische und Akkulturationsprozess bedingte Einflussfaktoren geben.

Handlungsoptionen für das Gesundheitswesen

Die vorliegenden Befunde liefern deutliche Hinweise, dass bestehende Psychotherapieangebote für die türkeistämmigen Migranten nicht ausreichend und/oder nicht angemessen (genug) sind. Derzeit gibt es lediglich vereinzelte Projekte, die die Versorgungskonzepte für Minoritäten umsetzen.

Beim heute leider nicht mehr existierenden Marburger Konzept haben die psychosomatischen Kliniken im Reha-Bereich spezielle Stationen mit muttersprachlichen Fachkräften angeboten. In der psychiatrischen Klinik in Marburg wurden auf einer Station für interkulturelle Psychiatrie türkeistämmige und deutsche Patienten mit Erschöpfungs- und

uncharakteristischen Schmerzzuständen sowie Depression gemeinsam behandelt. Messbare Erfolge dieses Konzeptes waren: ein geringerer Medikamentenkonsum, Abnahme der Facharztüberweisungen, weniger Notarzteinsätze und eine Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung (Koch 2006). In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Frankfurt am Main wurde ein Verbundprojekt zwischen der Klinik und einer psychosozialen Beratungsstelle zur Behandlung psychisch erkrankter türkeistämmiger Migranten entwickelt (Grube 2009). Das Projekt beinhaltet die Teilnahme eines qualifizierten muttersprachlichen, türkeistämmigen Psychologen am Diagnose- und Therapieprozess in der Klinik und die Etablierung von Behandlungsperspektiven nach der Entlassung. Im Vergleich zu konventionell therapierten türkeistämmigen Patienten zeigten die behandelten Patienten eine geringere Verweildauer in der stationären Behandlung, eine höhere Vermittlungsrate in Rehabilitationseinrichtungen, eine größere subjektive Behandlungszufriedenheit und eine niedrigere Wiederaufnahmequote.

In einer Studie wurden türkeistämmige Patienten nach einer stationären psychosomatischen Therapie untersucht. Bei diesen Patienten überwogen chronisch verlaufende somatoforme Störungen und Depression; somatische Begleiterkrankungen und Risikofaktoren traten ebenfalls häufig auf. Bei 16% der Patienten wurden bisher unbekannte, behandlungsbedürftige physische Erkrankungen diagnostiziert. Das in der Studie dokumentierte, extrem schlechte, sozialmedizinische Ergebnis konnte erheblich verbessert werden (Schmeling-Kludas et al. 2003).

Um die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssituation der türkeistämmigen Migranten in Deutschland flächendeckend zu verbessern, bedarf es verschiedener Maßnahmen:

- **Integration der Migranten und interkulturelle Aufklärungsarbeit:** Skepsis bzw. Angst vor Stigmatisierung ist besonders bei Migranten mit einer starken kulturellen Identifikation mit dem Herkunftsland hoch. Folglich ist die Integration türkeistämmiger Migranten eine Voraussetzung dafür, das Inanspruchnahmeverhalten zu verbessern. In diesem Kontext spielt eine interkulturelle Beratung und Aufklärung über psychotherapeutische Behandlungsangebote eine bedeutende Rolle, da kulturspezifische Faktoren die Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Hilfe bei türkeistämmigen Migranten stark beeinflussen (Calliess et al. 2007).
- **Berücksichtigung der besonderen Belastungssituation von Migranten:** Die mit der Migration verbundenen spezifischen Stressoren (z. B. Verlusterfahrungen, ökonomische und soziale Benachteiligungen im Aufnahmeland) sowie die zu vollziehende Anpassung an

die neue Realität stellen für die Zugewanderten Belastungsfaktoren dar, welche ihre Ressourcen und Anpassungsmechanismen überfordern und zur Entstehung von somatoformen Beschwerden führen können. Bei der Bewältigung dieser Übergänge spielt eine enge interdisziplinäre und kontinuierliche Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen eine bedeutende Rolle (Sall et al. 2010).

- **Berücksichtigung kulturspezifischer Faktoren bei der Diagnostik/Therapie:** Aufgrund kulturell bedingter Unterschiede ist die Erfassung des Selbstkonzepts der türkeistämmigen Patienten in der Anamnese vor der psychotherapeutischen Therapieplanung für den Erfolg der Therapie unverzichtbar. Die Anwendung des Cultural Formulation Interviews (CFI) kann dazu beitragen, dass die unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitskonzepte sowie Behandlungserwartungen erfasst und Personen mit Migrationshintergrund besser verstanden und behandelt werden können (Schouler-Ocak und Aichberger 2015).
- **Einsatz von sprach- und kulturkompetenten Mitarbeitern:** Die Zugangswege zum psychiatrischen Versorgungssystem sind für türkeistämmige Migranten, aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse und der oft fehlenden interkulturellen Kompetenz auf Seiten der Therapeuten, häufig nach wie vor erschwert. Bei der interkulturellen Kompetenz handelt es sich dabei um einen Prozess, der nach Implementierung fortlaufend unter Monitoring weiterentwickelt werden sollte (Schouler-Ocak et al. 2015b). Die Kommunikation mit Patienten mit Migrationshintergrund ist stets eine komplexe ärztliche Aufgabe. Sie umfasst Aspekte, wie das Verständnis von Krankheit, die Einstellung zu psychosomatischen Diagnosen oder das Arzt-Patient-Verhältnis. In interkulturellen Seminaren sollte der Umgang mit Migranten trainiert werden, um diese als Patienten angemessener und zugleich kostengünstiger behandeln zu können (Boll-Palievskaya 2005).
- **Etablierung der transkulturellen/interkulturellen Psychotherapie als fester Bestandteil der Weiterbildung für angehende Psychotherapeuten:** Bisher ist die transkulturelle bzw. interkulturelle Psychotherapie in keinem Bundesland in Deutschland ein Bestandteil des Curriculums. Es ist jedoch eine deutliche Zunahme von Symposien zu dieser Thematik auf Kongressen zu verzeichnen (Refugio 2007).

Eine systematische strukturelle Reaktion des Gesundheitssystems ist dringend erforderlich, um eine der Mehrheitsbevölkerung gleichwertige psychotherapeutische Versorgung von Migranten sicherzustellen.

7 Literaturverzeichnis

Ataman S. Migration und psychische Gesundheit. Unterscheidet sich der Erfolg mit einer muttersprachlich durchgeführten Therapie bei Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei von Patienten ohne Migrationshintergrund [Masterarbeit]. Zürich: Zürcher Hochschule, 2013.

Arnou BA, Constantino MJ. Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *J Clin Psychol* 2003;59:893-905.

Bär T. Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. *PTJ* 2011;1:5-10.

Behrens K. Therapieverläufe von Migranten in der sozialpsychiatrischen Tagesklinik. Zur Notwendigkeit der Modifikation bestehender Versorgungsstrukturen durch die Integration von Patienten mit Migrationshintergrund [Dissertation]. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover, 2007.

Berkman LF, Orth-Gomer K. Prevention of cardiovascular morbidity and mortality: role of social relations. In: Orth-Gomer K, Schneiderman N (Hrsg.) *Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1996:51-57.

Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Crijnen AA. Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:118-24.

Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiat Prax* 2010;37:225-32.

Berry JW. Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology* 1997;46:5-68.

Böker W. Psychiatrie der Gastarbeiter. In: Kisker KP, Meyer JE, Möller C, Strömgen E (Hrsg.) *Psychiatrie der Gegenwart*. Heidelberg: Springer, 1975:430-66.

Boll-Palievskaya D. Arzt-Patient-Verhältnis – Zusammenprall der Kulturen. *Dtsch Ärztebl* 2005;102:654-5.

Bongard S. FRAKKS-T – Frankfurter Akkulturationsskala – türkische Version. Institut für Psychologie, Universität Kiel, 2002.

Bongard S, Pogge SF, Arslaner H, Rohmann S, Hodapp V. Acculturation and cardiovascular reactivity of second-generation Turkish migrant in Germany. *J Psychosom Res* 2002;53:795-803.

Borde T, Braun T, David M. Gibt es Besonderheiten in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde T, David M (Hrsg.) *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt am Main: Mabuse, 2003:43-81.

Bortz J, Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer, 2006.

Bortz J, Lienert GA, Boehnke K. Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Heidelberg: Springer, 2008.

Bortz J, Schuster C. Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer, 2010.

Bourque F, van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med* 2011;41:897-910.

Brucks U. Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein aus der Sicht der Ärztinnen und Ärzte. *Schleswig-Holsteinisches Ärztebl* 2002;5:51-5.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Der Healthy-Migrant-Effekt. Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Nürnberg, 2008.

Bühning P. Psychotherapeutische Versorgung von Migranten: „Ziel ist die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens“. *Dtsch Ärztebl* 2010;11:487-90.

Calliess IT, Machleidt W. Transkulturelle Aspekte bei Persönlichkeitsstörungen. *PTT* 2003;7:117-33.

Calliess IT, Schmid-Ott G, Akguel G, Jaeger B, Ziegenbein M. Einstellung zu Psychotherapie bei jungen türkischen Migranten in Deutschland. *Psychiat Prax* 2007;34:343-8.

Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: A Meta-analysis and Review. *Am J Psychiatry* 2005;162:12-24.

Cindik ED. Migration, psychische Gesundheit und transkulturelle Psychiatrie. Heinrich Böll Stiftung – Heimatkunde – Migrationspolitik, 2009.

<https://heimatkunde.boell.de/2009/04/18/migration-psychische-gesundheit-und-transkulturelle-psychiatrie> [Letzter Zugriff: Januar 2016]

Cindik ED. Bikulturelle Identitäten, Migration und Integration in Deutschland. *MiGAZIN* 2011.

<http://www.migazin.de/2011/05/23/bikulturelle-identitaeten> [Letzter Zugriff: Januar 2016]

Collatz J, Kürsat-Ahlers E, Korporal J. Gesundheit für alle – die medizinische Versorgung türkischer Familien in der BRD. Hamburg: Rissen, 1985:177-95.

Collatz J. Kernprobleme des Krankseins in der Migration-Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg.) *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt am Main: Mabuse, 2001:33-59.

Das-Munshi J, Bécares L, Boydell JE, Dewey ME, Morgan C, Stansfeld SA, Prince MJ. Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: findings from a national survey (EMPIRIC). *Br J Psychiatry* 2012;201:282-90.

Ditte D, Schulz W, Schmid-Ott G. Einstellung gegenüber Psychotherapie in der russischen Bevölkerung und in der Bevölkerung mit einem russischen/sowjetischen kulturellen Hintergrund in Deutschland - eine Pilotstudie. *Nervenarzt* 2006;77:64-72.

Dorn C, Rettke U, König M, Schekerka H. 1. Recherche zu „Migration + Gesundheit“ BeginnRegio 2011.
http://www.beginnregio.de/studie_migration1.pdf [Letzter Zugriff: Januar 2016]

Erim Y, Senf W. Psychotherapie mit Migranten. *Psychotherapeut* 2002;47:336-46.

Erim Y. *Klinische Interkulturelle Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer, 2009.

Erim Y, Koch E. Muttersprachliche psychiatrische Behandlung. *Psychiatr Prax* 2011;38:5-7.

Eskin M. Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. *J Clin Psych* 1995;51:158-72.

Ete E. Ethnomedizinische und transkulturelle Aspekte bei türkischstämmigen psychisch kranken Patienten in einer Schwerpunktpraxis. In: Heise T, Schuler J (Hrsg.) *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2002:83-95.

Ferber Lv, Köster I, Celayir-Erdogan NT. Türkische und deutsche Hausarztpatienten Erkrankungen Arzneimittelwirkungen und Verordnungen. *Gesundheitswesen* 2003;65:304-11.

Fleischmann C. *Interkulturationsprozesse in multikulturellen Kreativteams: Theoretische Konzeption und empirische Überprüfung*. Bamberg: University of Bamberg Press, 2014.

Franke GH, Stäcker KH. Reliabilität und Validität der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) bei Standardreihenfolge versus inhaltshomogener Itemblockbildung. *Diagnostica* 1995;41:349-73.

Franke GH. *BSI –Brief Symptom Inventory von Derogatis. Kurzform der SCL-90-R (BSI)*. Göttingen: Beltz Test, 2000.

Franz M, Lujic C, Koch E, Wusten B, Yuruk N, Gallhofer B. Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen - Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. *Psychiatr Prax* 2007;34:332-8.

Fydrich T, Sommer G, Brähler E. *F-SozU-Fragebogen zur sozialen Unterstützung. Normierung an einer repräsentativen Stichprobe*. Göttingen: Hogrefe, 1999.

Fydrich T, Sommer G, Tydecks S, Brähler E. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Z Med Psychol* 2009;18:43-8.

Ghaffarian S. The acculturation of Iranian immigrants in the United States and the implications for mental health. *J Soc Psychol* 1998;138:645-54.

Göbber J, Gündel H, Henniger S, Machleidt W, Kimil A. Migration: Kulturelle Besonderheiten bei somatoformen Störungen. PiD 2008;3:265-71.

Grawe K. Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. RP 2005;7/8:311.

Grieger D, Salman R, Stickan-Verfürth M. Migration. Gesundheitsversorgung und Integration. In: Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin: bub, 2007:17-23.

Grube M. Are compulsory admissions more frequent in immigrants and ethnic minorities? Psychiat Prax 2009;36:67-71.

Gül V, Öner E, Uyar K. Kultur und Ethnizität – Ihre Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen am Beispiel der türkischen Gemeinschaften in Deutschland. Psychoneuro 2008;34:97-9.

Gün AK. Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten. Freiburg: Lambertus, 2007.

Günay E, Haag A. Krankheit in der Emigration: Eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinarztpraxis aus psychosomatischer Sicht. Psychother Psychosom Med Psychol 1990;40:417-22.

Haasen C. Kultur und Psychopathologie. In: Haasen C, Yagdiran O (Hrsg.) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus, 2000:13-8.

Haasen C, Yagdiran O. Anforderungen an eine transkulturelle Beurteilung der Psychopathologie. In: Haasen C, Yagdiran O (Hrsg.) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus, 2000:209-17.

Haasen C, Boyali A, Krausz M. Prävalenz psychischer Störungen bei Migranten in einer Allgemeinarztpraxis. ZFA 2000a;76:512-6.

Haasen C, Yagdiran O, Maß R. Differenzen zwischen der psychopathologischen Evaluation in deutscher und türkischer Sprache bei türkischen Migranten. Nervenarzt 2000b;71:901-5.

Harfst T, Koch U, Aschoff KV. Entwicklung und Validierung der Kurzform der Symptom Checklist-90-R. DRV-Schriften 2002;33:71-3.

Hartkamp N. Der türkische Migrant in der Psychotherapie „Stolz und Vorurteil“ – Über Stationäre Psychotherapie bei Männern mit türkischem Migrationshintergrund. In: Erim Y. (Hrsg.) Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, 2009:253-60.

Hauschild B, Baum C. Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich. Berlin, 2000.

Hausotter W, Schouler-Ocak M. Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund. München: Urban & Fischer bei Elsevier, 2014.

Heine P, Assion HJ. Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen. In: Assion JH (Hrsg.) Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer, 2005:29-46.

Hill PB. Kulturelle Inkonsistenz und Stress bei der zweiten Generation. In: Esser H, Friedrichs J (Hrsg.) Generation und Identität. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990;97:101-26.

Hommel M. Gesundheitsberichterstattung und Integration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 2003:22-5.

Kimil A, Menkhaus B, Wienold M, Salman R. Interkulturelle Suchthilfe in Deutschland - Handlungsempfehlungen für Prävention und Beratung. In: Machleidt W, Salman R, Callies IT (Hrsg.) Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006:259-68.

Kimil A, Salman R. Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover. Sozialpsychiatrische Schriften 2007;2:25-44.

Kirmayer LJ. Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment J Clin Psychiatry 2001;62:22-8.

Kilcher A, Spiess R. Die hausärztliche Betreuung von Migranten/-innen mit chronischem Schmerzsyndrom. SÄZ 2003;84:452-60.

Kizilhan JI. Psychotherapieforschung für Migranten. In: Machleidt W, Salman R, Callies IT (Hrsg.) Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006:159-67.

Kizilhan J, Bermejo I. Migranten, Kultur, Gesundheit. In: Bengel J, Jerusalem M (Hrsg.) Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 2009:509-18.

Kizilhan JI. Zum psychotherapeutischen Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken. PTJ 2011;1:21-7.

Kleinemeier E, Yagdiran O, Censi B, Haasen C. Psychische Störungen bei Türkischen Migranten. Inanspruchnahme einer Spezialambulanz. Psychoneuro 2004;30:628-32.

Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press, 1980.

Koch E. Die aktuelle Lage von Minoritäten im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem Deutschlands. In: Koch E, Schepker R, Taneli S (Hrsg.) Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft – Deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg: Lambertus, 2000:55-67.

Koch E. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 2003:43-52.

Koch E. Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten. In: Assion HJ (Hrsg.) Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer, 2005:167-85.

Koch E. Stationäre Psychotherapie von Migranten und die Zusammenarbeit mit einweisenden Ärzten. In: Machleidt W, Salman R, Callies IT (Hrsg.) Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006:193-206.

Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Nervenarzt 2008;79:328-39.

Koch E, Küchenhoff B, Schouler-Ocak M. Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen von psychisch kranken Migranten in Deutschland und der Schweiz. In: Machleidt M, Heinz A (Hrsg.) Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban & Fischer bei Elsevier, 2011:489-98.

Kofahl C. Neue Heimat in der Gruppe. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.) Gesundheit und Gesellschaft Spezial. Bonn: KomPart, 2007:4-7.

Koptagel-Ilal G. Kulturelle Grenzen und Grenzüberschreitungen in der Psychotherapie. In: Machleidt W, Salman R, Callies IT (Hrsg.) Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006:151-8.

Küchenhoff B. Probleme in der Behandlung von Patientinnen und Patienten ohne Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz. In: Golsabahi S, Heise T (Hrsg.) Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden. 1. Kongress der transkulturellen Psychiatrie im deutschsprachigen Raum 6.-9. September 2007 Universität Witten/Herdecke. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2008:247-52.

Lay B, Lauber C, Rössler W. Are the immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care? Acta Psychiatr Scand 2005;111:358-66.

Leong FT, Chou EL. Developing Brief Versions of the Siunn-Lew Asian Self Identity Acculturation (SLASIA) Scale for Counseling Research. Asia Am Pac Isl J Health 1998; 6:13-24.

Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. Psychother Psych Med 2008;58:1-7.

Littlewood R. Science, Shamanism and Hermeneutics. *Anthropology Today* 1989;5:5-11.

Maaz, HJ. *Hilfe! Psychotherapie. Wie sie funktioniert und was sie leistet.* München: C. H. Beck, 2014.

Machleidt, W. *Ausgangslage und Leitlinien transkultureller Psychiatrie in Deutschland*, 2004.

http://www.transkulturellepsychiatrie.de/pdf/Beitrag_Machleidt08.pdf [Letzter Zugriff: Januar 2016]

Machleidt W. Perspektiven transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland - Die Sonnenberger Leitlinien – Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. In: Machleidt W, Salman R, Calliess IT (Hrsg.) *Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa.* Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006:21-35.

Machleidt W, Grieger D, Kimil A, Menkhaus B, Salman R. Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen für ältere Migranten – ein Überblick. *PiA* 2006;3:9-30.

Machleidt W. Kränkung und psychische Krankheit. In: Golsabahi S, Heise T (Hrsg.) *Das transkulturelle Psychoforum. Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden.* 1. Kongress der transkulturellen Psychiatrie im deutschsprachigen Raum 6.-9. September 2007 Universität Witten/Herdecke. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2008:47-56.

Machleidt W. *Ausgangslage und Leitlinien transkultureller Psychiatrie in Deutschland.* In: Hegemann T, Salman R (Hrsg.) *Handbuch transkulturelle Psychiatrie.* Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2010.

Machleidt W, Heinz A. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit.* München: Urban & Fischer bei Elsevier, 2010.

Machleidt W, Calliess IT. Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Migrantinnen/Migranten und transkulturelle Psychiatrie. In: Berger B (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie.* München: Urban & Fischer bei Elsevier, 2014:1161-83.

Mackenzie CS, Gekoski WL, Knox VJ. Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging Ment Health* 2006;574-82.

Markus HR, Kitayama S. Culture and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychol Rev* 1991;98:224-53.

Menkhaus B, Salman R. Integration von Migranten in Angebote der Psychiatrie und Psychotherapie durch interkulturelle Mediatoren und Lotsen unter Nutzung ihrer Stellung im Sozialindex. In: Machleidt W, Salman R, Calliess IT (Hrsg.) *Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa.* Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006:269-81.

Mielck A. Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In: Tiesmeyer K, Brause M, Lierse M, Lukas-Nülle M, Hehlmann T (Hrsg.) Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Hogrefe, 2008:21-38.

Mirdal GM. Stress and distress in migration: Twenty years after. *Int Migr Rev* 2006;40:375-89.

Montesinos AH, Bromand Z, Aichberger MC, Temur-Erman S, Yesil R, Rapp M, Heinz A, Schouler-Ocak M. Suizid und suizidales Verhalten bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2010;58:173-9.

Moro MR, Sturm G. Die Differenzierung der therapeutischen Räume in der Therapie von Migranten. In: Machleidt W, Salman R, Calliess IT (Hrsg.) Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006:141-9.

Mondykowski SM. Polish Families. In McGoldrick M, Pearce JK, Giordano J (Eds.) *Ethnicity and Family Therapy*. New York: Guildord Press, 1982:393-411.

Möske MO, Pradel S, Schulz H. Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsbl* 2011;54:465-74.

Muthny FA, Bermejo I. Zur Bedeutung interkultureller Aspekte in der Medizin – eine Einführung. In: Muthny FA, Bermejo I (Hrsg.) *Interkulturelle Medizin: Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2009:1-12.

Nauck B, Niephaus Y. Intergenerative Konflikte und gesundheitliche Belastungen in Migrantenfamilien. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg.) *Migration und Krankheit*. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch, 2001:217-50.

Özcan, V. Aspekte der sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Integration der türkischstämmigen Bevölkerung in Deutschland. In: Özdemir C, Özcan V, Uslucan HH, Uslucan S, Erdem E (Hrsg.) *Die Situation der türkischstämmigen Bevölkerung in Deutschland*. Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrates für Zuwanderung und Integration, 2004:7-51.

http://www2.oezdemir.de/uploads/2004_tuerkischstaemmige_migranten_in_deutschland.pdf. [Letzter Zugriff: Januar 2016]

Özmen E, Kültegin Ö, Sagduyu A, Barotov C. Dysthymic disorder in primary health care. *Türk Psikiyatri Derg* 2002:23-32.

Penka S, Plake H, Heinz A. Ursachen und Auswirkungen der verminderten Nutzung des Suchthilfesystems durch Migranten. In: Machleidt W, Salman R, Calliess IT (Hrsg.) *Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie*. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006:111-16.

Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge, U. Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting – Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. *Bundesgesundheitsbl* 2012;55:1168-75.

Pette M, Borde TH, David M. Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt. *J Turkish German Gynecol Assoc* 2004;5:130-7.

Prinz U, Nutzinger DO, Schulz H, Petermann F, Braukhaus C, Andreas S. Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC Psychiatry* 2013;13:104.

Rathje S. Interkulturelle Kompetenz – Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts. *ZIF* 2006;11:3-21.

Räuber L. Medizinausbildung muss kultursensible Aspekte beinhalten – Interview. *Deutsch Türkische Nachrichten* 2011.
<http://www.deutsch-tuerkische-nachrichten.de/2011/01/14601/gesundheitsystem-vernachlassigt-migranten> [Letzter Zugriff: Januar 2016]

Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß AC. Migration und Gesundheit – Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung. Berlin: Robert Koch Institut, 2008.

Refugio. Referat für Gesundheit und Umwelt der LH – München. Krankheitskonzepte im interkulturellen Kontext: Anregungen für eine kultursensitive psychotherapeutische Arbeit mit Migrantinnen und Migranten; Dokumentation des Fachtages vom 15.03.2007 in München. Refugio, 2007.

Rommel A. Migration und Rehabilitation psychischer Erkrankungen – Perspektiven und Grenzen einer Gesundheitsberichterstattung mit Routinedaten. *Gesundheitswesen* 2005;67:280-8.

Sall HS, Schick M, Küchenhoff B. Theorie und Praxis der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. In: Golsabahi S, Küchenhoff B, Heise T (Hrsg.) *Migration und kulturelle Verflechtung*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2010:167-79.

Salman R. Zur Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Domenig D (Hrsg.) *Professionelle Transkulturelle Pflege*. Bern: Hans Huber, 2001a:87-100.

Salman R. Sprach- und Kulturvermittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg.) *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie, 2001b:169-91.

Salman R. Gemeindedolmetscher in Psychiatrie und Psychotherapie – Konzepte, Handlungsempfehlungen und Leitlinien. In: Machleidt W, Salman R, Calliess IT (Hrsg.) *Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006:81-8.

Sayin A, Karslioglu EH, Sürgit A, Sahin S, Arslan T, Candansayar S. Perceptions of Turkish Psychiatric Inpatients about Therapeutic Factors of Group Therapy. *Int J Group Psychother* 2008;58:253-63.

Schepker R. Krisen bei Jugendlichen in Zuwandererfamilien und familiäre Bewältigungsstrategien. In: Machleidt W, Salman R, Calliess IT (Hrsg.) Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006:103-9.

Schmeling-Kludas C, Fröschlin R, Boll-Klatt A. Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? Rehabilitation 2003;42:363-70.

Schmid-Ott G, Reibold S, Ernst G, Niederauer HH, Künsebeck HW, Schulz W, Lamprecht F, Jäger B. Entwicklung des Fragebogens zur Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe – Faktorenanalyse und Einfluss soziodemographischer Parameter auf die Einschätzung von Psychotherapie bei Patienten und Gesunden. Der Nervenarzt 2002;73:161.

Schmitz PG. Akkulturation und Gesundheit. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg.) Migration und Krankheit. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch, 2001:123-44.

Schouler-Ocak M, Koch E. Eine Brücke für institutionalisierte Kontakte zweier Länder. Kerbe 2004;1:9-12.

Schouler-Ocak M. Integrierte psychiatrische Behandlung von Migranten im ambulanten Setting. In: Machleidt W, Salman R, Calliess IT (Hrsg.) Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006:243-52.

Schouler-Ocak M. Psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund. In: Bautz W (Hrsg.) Entwurzelt, ausgegrenzt, erkrankt. Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden. Berlin: Frank & Timme, 2009:61-87.

Schouler-Ocak M. Psychiatrische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. In: Heinz A, Gallinat J (Hrsg.) Facharztprüfung Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban & Fischer bei Elsevier, 2010:347-62.

Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Hauth I, Montesinos AH, Koch E, Driessen M, Heinz A. Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen – ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft sowie Patienten ohne Migrationshintergrund. Psychiat Prax 2010a;37:384-90.

Schouler-Ocak M. Die Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitssystem [Habilitationsschrift]. Berlin: Medizinische Fakultät Charité, 2012.

Schouler-Ocak M, Aichberger MC. Versorgung von Migranten. PSYCH up2date 2015;9:177-88.

Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S, Kluge U, Heinz A. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2015a;58:527-32.

Schouler-Ocak M, Graef-Calliess IT, Tarricone I, Qureshi A, Kastrup M, Bhugra D. EPA Guidance on Cultural Competence Training. *Eur Psychiatry* 2015b;30:431-40.

Schulte-Sasse H. Was bedeutet Migration für die Gesundheit? In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) *Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin*. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 2003:14-21.

Sluzki C. Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg.) *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie, 2001:108-23.

Spitzl PS, Friedmann A, Lenz G, Aigner M. Somatoforme Schmerzstörung bei Patientinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien: Psychologische Aspekte, psychiatrische Komorbidität, muttersprachliche Psychoedukation und Gruppentherapie. In: Heise T (Hrsg.) *Das transkulturelle Psychoforum; Band 15*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2008:110-28.

Statistisches Bundesamt. *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund- Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Fachserie 1, Reihe 2.2*: Wiesbaden, 2014.

Suinn RM, Ahuna C, Khoo G. The Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale: Concurrent and factorial validation. *Educational and Psychological Measurement*, 1992;52:1041-6.

Tagay S, Zararsiz R, Erim Y, Düllmann S, Schlegl S, Brähler E, Senf W. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in Turkish-speaking patients in primary care. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008;58:155-61.

Termorshuizen F, Wierdsma AI, Visser E, Drukker M, Sytema S, Laan W, Smeets HM, Selten JP. Psychosis and suicide risk by ethnic origin and history of migration in the Netherlands. *Schizophr Res* 2012;138:268-73.

Thikeo M, Florin P, Ng C. Help Seeking Attitudes Among Cambodian and Laotian Refugees: Implications for Public Mental Health Approaches. *J Immigr Minor Health* 2015;17:1679-86.

Toprak A. *Das schwache Geschlecht – die türkischen Männer: Zwangsheirat, häusliche Gewalt, Doppelmoral der Ehre*. Freiburg: Lambertus, 2005.

Tortelli A, Morgan C, Szoke A, Nascimento A, Skurnik N, de Caussade EM, Fain-Donabedian E, Fridja F, Henry M, Ezembe F, Murray RM. Different rates of first admissions for psychosis in migrant groups in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1103-9.

Tydecks S, Temur-Erman S, Schouler-Ocak, M, Fydrich, T. Psychische Störungen, psychische Belastungen und soziale Unterstützung bei türkischen Migranten in zwei Berliner Allgemeinarztpraxen. *Z Med Psychol* 2009;18:101-7.

Uslucan HH. Heimweh und Depressivität türkischer Migranten in Deutschland. ZPPP 2005;3:230-48.

Wildes JE, Harkness KL, Simons AD. Life events, number of sozial relationships, and twelve-month naturalistic course of major depression in a community sample of women. J Depress Anxiety 2002;16:104-113.

Williams CL, Berry JW. Primary prevention of acculturative stress among refugees: Application of psychological theory and practice. Am Psychol 1991;46:632-41.

Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsbl 2001;44:993-1000.

Wohlfart E, Kassim N, Heinz A. Ein interkultureller Praxis- und Therapieansatz: ZIPP – Zentrum für interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision. In: Machleidt W, Salman R, Calliess IT (Hrsg.) Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006:253-8.

Yagdiran O, Boyali, A. Depression. In: Haasen C, Yagdiran O (Hrsg.) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus, 2000:29-39.

Yavuz A. Die Inanspruchnahme mystisch-traditioneller Heiler durch türkische Patienten in Deutschland und in der Türkei [Inaugural-Dissertation]. Bochum: Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum, 2007.

Zarzuela A. Psychological factors and psychotherapeutic approaches in depression disorders. AnSistSanitNavar 2002;3:63-75.

Zeiler J, Zarifoglu F. Psychische Störungen bei Migranten: Behandlung und Prävention. ZSR 1997;43:300-35.

8 Anhang

8.1 Text der Einwilligungserklärung –deutsch

Einwilligungserklärung

Studientitel: Kulturabhängigkeit der Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung – Deutsche im Vergleich zu türkeistämmigen Menschen in erster und zweiter Generation

Hiermit erkläre ich,

(Vorname des/der Patienten/Patientin)

(Name des/der Patienten/Patientin)

(Geburtsjahr des/der Patienten/Patientin

(Patienten/Patientin - Nr.)

dass ich mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung, die Tragweite und Risiken der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o. g. Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch zu klären.

Ich habe insbesondere die mir vorgelegte Patienteninformation vom _____ verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Ich habe die Aufklärung gelesen und verstanden. Ich bin bereit an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o. g. Studie teilzunehmen.

Unterschrift:

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Rahmen dieser Studie erhobenen Angaben verschlüsselt auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet, verarbeitet und die anonymisierten Studienergebnisse veröffentlicht werden.

Unterschrift:

8.2 Text der Einwilligungserklärung – türkisch

Rıza beyanı

Araştırma Konusu: Kültürel Farklılığın Psikoterapiye Bakış Açısındaki Etkileri- Almanyadaki Birinci Ve İkinci Nesil Türk Göçmenler Ve Alman Vatandaşları Arasındaki Yapılan Karşılaştırma.

Katılımcının İsmi

Katılımcının Soyismi

Katılımcının Doğum Tarihi

Katılımcının Numarası

Hem yazılı, hemde sözlü olarak, yukarıda adı geçen bilimsel araştırma çerçevesinde olası tüm riskler ve kapsamı hakkında bilgilendirildim. Aynı zamanda bu araştırma hakkında tüm sorularım cevaplandırıldı.

Özellikle katılımcı bilgilendirmek içintarihinde verilen bilgilendirme formunun ve bu rıza beyannamesi okudum, anladım ve birer kopyasını aldım.

Rıza beyanımı her zaman, hiç bir sebep göstermeksizin ve bana hiç bir zararı olmadan, benim kişisel bilgilerimi her an sildirebilme hakkına sahip olduğumu bilmekteyim.

Araştırma ile ilgili katılımcı bildirisini okudum ve anladım. Yukarıda adı geçen bilimsel araştırmaya katılmaya hazırım.

(Yer)

(Tarih)

(Katılımcının İmzası)

Kişisel bilgilerin bilgisayar ortamında değerlendirebilmesi için rıza beyanı

(Yer)

(Tarih)

(Katılımcının İmzası)

8.3 Text der Probandeninformation – deutsch

Probandeninformation:

Studientitel: Kulturabhängigkeit der Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung - Deutsche im Vergleich zu türkeistämmigen Menschen in erster und zweiter Generation

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer wissenschaftlichen Untersuchung der Kulturabhängigkeit der Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung.

Verantwortliche Leiterin der Studie:

PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Große Hamburger Straße 5-11, 10115 Berlin.

Die türkische Bevölkerungsgruppe hat mit knapp 1,9 Millionen Einwohnern einen Anteil von 2,6% an der Bevölkerung in Deutschland und ist damit weitaus die größte Bevölkerungsgruppe der 7,16 Millionen Menschen mit ausländischer Herkunft. Entsprechend groß ist die gesundheitspolitische und sozialmedizinische Bedeutung für die ärztliche, psychologische und soziale Versorgung dieses Teils der Bevölkerung.

Die Ziele unserer Studie bestehen nun darin, eine Übersicht zur Einstellung gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung verglichen zwischen Deutschen und Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, und insbesondere die Auswirkung des Grades der Anpassung an eine andere Kultur durch Menschen mit türkischem Migrationshintergrund auf die Einstellung gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung zu gewinnen. Bislang fehlen Studien, die eine verlässliche Häufigkeitsabschätzung psychischer Erkrankungen bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund ermöglichen.

Wenn Sie sich bereit erklären, an der Studie teilzunehmen, erhalten Sie einige Fragebögen zum Ausfüllen. Die Dauer der Erhebung beträgt etwa 20 bis 30 Minuten. Selbstverständlich werden ihre Daten anonym erhoben. Es ergibt sich für Sie kein Risiko durch die Teilnahme an der Studie.

Ihre im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten werden im Falle Ihrer Studienteilnahme zu diesem Zweck verschlüsselt (pseudonymisiert, d.h. mit Studiennummern versehen).

Die Ergebnisse der Studie werden anonym veröffentlicht (d.h. hier besteht keine Bezugsmöglichkeit zu Ihrer Person mehr).

Sie haben jederzeit das Recht, Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Des Weiteren können Sie die Studie jederzeit vorzeitig beenden.

In der beigefügten Einverständniserklärung legen Sie Ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, schriftlich fest.

8.4 Text der Probandeninformation – türkisch

Araştırma ile ilgili katılımcı bildirisi:

Araştırma Konusu: Kültürel Farklılığın Psikoterapiye Bakış Açısındaki Etkileri- Almanyadaki Birinci Ve İkinci Nesil Türk Göçmenler Ve Alman Vatandaşları Arasındaki Yapılan Karşılaştırma.

Değerli katılımcı,

kültürel farklılığın psikoterapiye bakış açısındaki etkileri- Almanyadaki birinci ve ikinci nesil Türk Göçmenler ve Alman Vatandaşları arasındaki yapılan karşılaştırmaya gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

Araştırma sorumlusu:

PD Dr. med. Meryam Shouler-Ocak, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Große Hamburger Straße 5-11, 10115 Berlin.

1,9 milyonu kapsayan Türkiyeli nüfus grubu, Alman nüfusunun 2,6 % nı oluşturmakla birlikte, 7,16 milyon insanı kapsayan yabancı nüfusuna çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bundan dolayı hem siyasi hemde sosyal olarak, tıp bazında bu nüfus grubunun psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını sağlayabilmek, doktorlar için büyük bir önem tasimaktadır.

Araştırmamızın hedefi göçmen kökenli Türklerin psikolojik rahatsızlıklarında başvurdukları yöntemlerin dağılımını ve toplamını bilimsel olarak ortaya çıkarmaktır. Neyazikki bu konu ile ilgili güvenebilir herhangi bir öngörü, bir tahmin veya epidemiolojik bir araştırma mevcut değildir.

Eğer bu araştırmaya katılmaya karar verirseniz, doldurmanız için size bazı soru metinleri verilecektir. Tüm veriler kesinlikle anonim kalacaktır. Katıldığınız takdirde hiç bir riske girmeyeceksiniz.

Araştırma çerçevesinde verdiğiniz kişisel sağlık veya hastalıkla ilgili tüm verileriniz değerlendirilerek kodlanacaktır (pseudonym; yani araştırma numaraları dağıtılacaktır).

Araştırmanın neticeleri anonim bir şekilde yayınlanacaktır (yani hiç bir biçimde kişiyle ilgili bir bağlantı kurulması mümkün olmayacaktır).

Katıldığınız araştırmadan hiç bir sebep göstermeden her zaman vazgeçebilme hakkına sahipsiniz.

Ekde bulunan rıza beyanını imzaladığınızda araştırmaya katılmak istediğinizi yazılı olarak bildirmiş olursunuz.

Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Dilek Sahin, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema:

„Kulturabhängigkeit der Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung – Deutsche im Vergleich zu türkeistämmigen Menschen in erster und zweiter Generation“

selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s. o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst“.

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

„Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.“

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken, die zum Gelingen dieser Dissertation beigetragen haben!

Zuerst geht mein Dank an Frau PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak für die Unterstützung bei der Konzeption und Durchführung der Arbeit.

Weiterhin danke ich Herrn Dr. H. Joachim Bretz für seine hilfreiche Ideen und Vorschläge bezüglich der statistischen Auswertung.

Besonders möchte ich auch allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen an der Studie danken, ohne sie wäre eine solche Arbeit nicht möglich gewesen.

Abschließend möchte ich mich herzlich bei meiner Familie für ihre fortwährende Unterstützung bedanken.