



Hamid Rezapour / Mike Zapp

# Muslime in der Psychotherapie

Ein kultursensibler Ratgeber

Vandenhoeck & Ruprecht





Hamid Rezapour / Mike Zapp

# **Muslime in der Psychotherapie**

Ein kultursensibler Ratgeber

Mit 4 Abbildungen und 4 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-525-40172-9

ISBN 978-3-647-40172-0 (E-Book)

© 2011, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Oakville, CT, U.S.A.

[www.v-r.de](http://www.v-r.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke. Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Druck und Bindung: ⊕ Hubert & Co, Göttingen

# Inhalt

<b>Vorwort von Annette Schröder</b> .....	7
<b>Vorwort der Autoren</b> .....	10
<b>1 Muslime in Deutschland</b> .....	14
1.1 Die muslimische Sozialstruktur in Deutschland	14
1.2 Organisation muslimischer Lebenswelt in Deutschland .....	16
1.3 Religiosität unter Muslimen in Deutschland ...	18
1.4 Migration und Gesundheit .....	20
<b>2 Die sozio- und psychokulturelle Dimension des Islam</b> .....	24
2.1 Islam: Eine kurze Einführung .....	24
2.2 Kollektivistische Persönlichkeit .....	30
2.3 Geschlechterverhältnisse .....	37
2.4 Sexualität .....	41
2.5 Sozialisierung und Erziehung .....	43
2.6 Körper- und Gesundheitsverständnis .....	48
<b>3 Besonderheiten in der Psychopathologie muslimischer Patienten und Konfliktfelder in der psychotherapeutischen Arbeit mit Muslimen</b> ....	50
3.1 Somatoforme Erkrankungen .....	52
3.2 Angst- und Zwangsstörungen .....	56
3.3 Depression .....	58

3.4	Persönlichkeitsstörungen .....	60
3.5	Psychotische Störungsbilder .....	61
3.6	Beeinträchtigung von Sexualfunktion und Sexualerleben .....	62
3.7	Zwischen Segregation und Integration: Generationenkonflikte in muslimischen Migrantenfamilien .....	64
<b>4</b>	<b>Allgemeine Bausteine einer kultursensiblen Psychotherapie mit muslimischen Patienten ....</b>	<b>68</b>
4.1	Grundlagen kultursensibler Psychotherapie ....	68
4.2	Von Hotspots, Hottopics und Hotwords: Grundlagen interkultureller Kommunikation ...	70
4.3	Die Einschätzung des Patienten .....	76
4.4	Der Koran als therapeutischer Ratgeber .....	79
4.5	Mythologie, Symbolik und Metaphorik .....	85
<b>5</b>	<b>Kultursensibilisierung spezifischer Therapieschulen und Therapieformate .....</b>	<b>93</b>
5.1	Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie .....	93
5.2	Psychoanalyse und Ethnopschoanalyse .....	96
5.3	Familientherapie als Joining .....	100
5.4	Paartherapie und sexualitätsnahe Konfliktfelder	103
	<b>Danksagung .....</b>	<b>109</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>110</b>
	Sonnenberger Leitlinien .....	110
	Adressen .....	113
	<b>Literatur .....</b>	<b>116</b>

## Vorwort

Ein wesentlicher unspezifischer Wirkfaktor jeder Psychotherapie ist die Therapeut-Klient-Beziehung, die – unabhängig davon, um welche Therapierichtung es sich im Speziellen handelt – die Grundlage für psychotherapeutisches Arbeiten bildet. Im Beziehungsaufbau zu Beginn jeder Psychotherapie geht es wesentlich darum, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, ihm bei seinen Problemen helfen zu können und seine Erwartungen an ein positives Ergebnis seiner Behandlung aufzubauen und zu stärken. Für den Therapeuten selbst sind die ersten Stunden wichtig, um den Patienten mit seinen Problemen kennen und verstehen zu lernen und mit ihm zusammen ein tragfähiges Arbeitsbündnis für die folgende Behandlung zu etablieren. Dass mit diesen Schritten immer auch unsere abendländisch geprägte christlich-jüdische Wertetradition einfließt, machen sich die wenigsten Psychotherapeuten in ihrer tagtäglichen Arbeit bewusst. Dass ihre Patienten in »Parallelwelten« leben könnten, zu deren Regeln und Normen sie nur schwer oder gar nicht Zugang erhalten, wird ihnen oft erst bewusst, wenn »wegen Kommunikationsproblemen« eine Psychotherapie nicht zustande kommt oder vorzeitig abgebrochen wird.

Eine dieser Parallelwelten, die trotz mehr oder weniger lauter politischer Debatten existiert, ist die Lebenswelt des

Islam, der – durchaus anderen Religionen vergleichbar – nicht nur Vorschriften zum Praktizieren des Glaubens formuliert, sondern für viele, auch für nicht sonderlich religiöse Muslime die ethisch-moralische Richtschnur für letztlich alle Bereiche des Lebens darstellt.

Mit diesem Buch gibt es nun endlich eine Orientierung für diesen den meisten deutschen Psychotherapeuten weitgehend unbekanntem Bereich »Islam«. Angesichts von mittlerweile etwa 3,5 Millionen in Deutschland lebenden Muslimen gibt es zwar einige wenige Ratgeber für Patienten selbst, ein Ratgeber für psychosoziale Beratungsstellen und Psychotherapeuten fehlt aber bisher. Herrn Rezapour und Herrn Zapp gilt daher Dank für dieses längst fällige Buch. In insgesamt fünf Kapiteln gelingt es ihnen, nicht zuletzt aufgrund langjähriger praktischer Erfahrung des Erstautors als niedergelassener Psychotherapeut, für den Islam bzw. seine besonderen Einflüsse auf Alltagsleben wie Psychopathologie zu sensibilisieren.

Im *ersten Kapitel* werden die muslimischen Sozialstrukturen in Deutschland beleuchtet. Darüber hinaus wird aufgezeigt, welchen Einfluss Migration auf Gesundheit hat.

Das *zweite Kapitel* ist der Einführung in die sozio- und psychokulturellen Dimensionen des Islam gewidmet. Zu wissen, welches Verständnis der Islam zum Verhältnis der Geschlechter, zu Sexualität, Sozialisierung und Erziehung sowie zu Körper und Gesundheit hat, ist für eine gelingende Psychotherapie und Beratung unverzichtbar.

Im *dritten Kapitel* werden die Besonderheiten psychischer Störungsbilder bei muslimischen Patienten beschrieben und mögliche Konfliktfelder in der psychotherapeutischen Arbeit herausgestellt.

Von besonderer praktischer Relevanz für das konkrete

psychotherapeutische Vorgehen sind sicher die Ausführungen im *vierten Kapitel*. Den Autoren gelingt es mittels Fallbeispielen aus der Praxis sehr anschaulich, wirksame Interventionen und Zugangswege zu muslimischen Patienten zu beschreiben.

Das *fünfte Kapitel* verdeutlicht, welche spezifischen Kommunikationsschwierigkeiten bei Anwendung verschiedener Therapierichtungen (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Familientherapie, Paartherapie) zu gegenwärtigen sind und mit welchen Modifikationen des Therapieablaufs sie vermieden oder doch zumindest reduziert werden können.

Es ist diesem Buch zu wünschen, dass es sein Ziel erreicht: ein kultursensibler Ratgeber zu sein für alle, die mit muslimischen Patienten in der Psychotherapie zu tun haben. Profitieren könnten Therapeuten und damit auch Patienten.

Prof. Dr. Annette Schröder  
Universität Koblenz-Landau

## Vorwort der Autoren

Auf die Frage seines Hausarztes, welche Beschwerden er denn habe, antwortet ein türkischer Patient: »Herr Doktor, meine Leber brennt.« Die Reaktion des Arztes ist zunächst Unverständnis. Seine Diagnose lautet schließlich: Alkoholmissbrauch. Seine Empfehlung: »Hören Sie auf zu trinken.« Als der Patient befremdet die Praxis verlässt und mit seiner Tochter, die ihrem Vater beim Übersetzen zur Seite steht, einige Tage später zurückkehrt, klärt sich die Situation auf und der Patient bekommt die Behandlung, die er braucht: eine psychotherapeutische nämlich. Die Tochter, die in beiden Kulturen zu Hause ist, hat das Missverständnis aufgelöst, indem sie den Arzt darüber aufklärte, dass eine brennende Leber im Türkischen Ausdruck tiefen seelischen Schmerzes ist.

Haben es die Patienten schließlich in die psychotherapeutische Praxis geschafft, so sind damit aber noch lange nicht die Gefahren interkultureller Missverständnisse gebannt.

Die Diagnose auf schwere Depression, die ein deutscher Psychotherapeut seiner türkischen Patientin attestiert, die während der ersten beiden Sitzungen schweigend in der Praxis verweilt, fiele vielleicht anders aus, wenn der Behandelnde wüsste, in welcher Ehrfurcht sich die Patientin zu ihrem Therapeuten begibt. Eine Ehrfurcht, die

sich mit dem hohen gesellschaftlichen Ansehen erklären lässt, das Ärzte und Heiler seit jeher im muslimischen Kulturraum genießen.

Solche Beispiele gibt es viele und sie werden auch in Zukunft in Deutschland, das sich zunehmend als Einwanderungsland versteht, nicht weniger werden.

Im besonderen Maße trifft die oben geschilderte Anfälligkeit für interkulturelle Fehlkommunikation für die Psychotherapie zu, nicht zuletzt deshalb, weil hier eine intime Begegnung stattfindet zwischen zwei einander zunächst fremden Menschen, die in einem langsamen Prozess Vertrauen zueinander gewinnen müssen, um ihre Ziele zu erreichen. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Aufbau einer vielversprechenden Vertrauensbasis scheitert, ist umso größer, je unterschiedlicher die kulturellen Hintergründe sind, aus denen Behandelnde und Behandelte kommen. Dies ist unsere Erfahrung und der eigentliche Beweggrund, einen Ratgeber zu schreiben, der die Gefahr eines fruchtlosen Aufeinandertreffens kulturell diverser Menschen in der Psychotherapie thematisiert und Lösungen anbietet, wie genau diesen Gefahren interkulturellen Nicht- oder Missverstehens entgegengewirkt werden kann.

Wir stützen uns dabei sowohl auf bereits zurückliegende Studien aus den Bereichen Medizin, Gesundheit und Altenpflege sowie auf Ergebnisse einer diesem Ratgeber vorausgehenden Studie, die zum ersten Mal die konkreten Herausforderungen einer psychotherapeutischen Behandlung von Muslimen und die bis dato bestehenden Missstände statistisch fundiert offenlegt (Rezapour, 2008).

In allen Studienergebnissen ergibt sich dabei ein ähnliches Bild, bestehend aus Kommunikationsschwierigkeiten, Verständnisschwierigkeiten (die weit über die verbale Sprache hinausgehen), mangelnder Kenntnis der

muslimischen Kultur und Lebensweise auf Seiten der Psychotherapeuten und Vorurteilen gegen die Psychotherapie auf Seiten der Patienten, die sich später in den meisten Fällen als unbegründet erweisen.

All dies führt dazu, dass Patienten muslimischer Herkunft nicht in dem Maße von der medizinischen und psychosozialen Versorgung in Deutschland profitieren wie deutsche Patienten. Und dies, obwohl mit etwas Aufklärungsarbeit (bei Behandelnden wie Behandelten gleichermaßen) dieses Missverhältnis behoben werden könnte.

An diesem Punkt setzt dieser Ratgeber an, der sich an Psychotherapeuten und psychosozial Behandelnde aller Fachgruppen richtet, in der Hoffnung, einen Beitrag zu leisten, die Schieflage im psychosozialen Versorgungssystem Deutschlands zu überwinden und muslimischen Patienten den Zugang zu einem kultursensiblen und damit wirkungsvollen Heilungsangebot zu ermöglichen. Wir reagieren damit auch auf den von einer überwältigenden Mehrheit der in oben genannter Studie befragten Psychologen, Psychiater und Ärzte geäußerten Wunsch, einen kompakten und praxisnahen Handlungsleitfaden anzubieten.

Dabei sei an dieser Stelle auch erwähnt, dass wir unter keinen Umständen beabsichtigen, psychische Probleme von muslimischen Patienten exotisieren zu wollen, noch soll hierdurch der mitunter schädliche Diskurs der kulturellen Differenz unnötig genährt werden.

So soll der Mensch als Individuum mit seiner spezifischen soziokulturellen Biografie und seinem jeweiligen Grad an Religiosität im Laufe der Ausführungen nicht in einer anonymen Masse der muslimischen Glaubensgemeinschaft oder der Nationalität bzw. Ethnizität abtauchen.

Nichtsdestoweniger ist eine idealtypisierende Zuschreibung ethnografischer Attribute unerlässlich, um die sozio- und psychokulturellen Besonderheiten des Islam adäquat herauszustellen.

In diesem Buch ist bei Personenangaben durchgängig die maskuline Form angegeben, um die Lesbarkeit zu erleichtern. Frauen sind an den entsprechenden Stellen mit eingeschlossen oder gesondert hervorgehoben.

Die in den Fallbeispielen genannten Protagonisten sind selbstredend namentlich fiktiv.

Dr. Hamid Rezapour und Dipl.-Soz.-Wiss. Mike Zapp

# 1 Muslime in Deutschland

## 1.1 Die muslimische Sozialstruktur in Deutschland

In Europa leben derzeit etwa 35 Millionen Muslime, davon in Deutschland etwa 3,2 Millionen. Der Islam in Deutschland ist in seiner heutigen Gestalt das Ergebnis eines nahezu vierzigjährigen Zuwanderungsprozesses aus den verschiedensten Regionen der islamischen Welt und spiegelt eine große ethnische, kulturelle und religiöse Vielfalt wider.

In Deutschland leben etwa 3,2 Mio. Muslime mit sehr unterschiedlichem ethnischen, religiösen und kulturellen Hintergrund.

Hinsichtlich der nationalen Zugehörigkeit ergibt sich folgendes Bild: Unter den in Deutschland lebenden muslimischen Hauptgruppen befinden sich fast 1,8 Millionen Türken, fast 160.000 Bosnier, rund 70.000 Marokkaner, 60.000 Iraner und 55.000 Afghanen. Dazu kommen etwa eine Million Eingebürgerte, die zumeist ursprünglich aus der Türkei stammen. In Deutschland leben somit zu mehr als 90 % Muslime aus nichtarabischen Ländern. Tabelle 1 veranschaulicht die muslimischen Bevölkerungsgruppen hinsichtlich ihrer Herkunft.

**Tabelle 1:** Grundlagenzählung von Muslimen in Deutschland (Zahlen der Bundesregierung, 2005)

Herkunfts- länder	Ausländer (Stand 31.12.2005)	Einbürge- rungen (1998 bis 2005)	Gesamt	% von Gesamt	% Ein- gebür- gerte
Türkei	1.764.041	673.024	2.437.065	72,17	27,6
Bosnien- Herzogo- wina	156.872	31.315	188.187	5,57	16,6
Iran	61.792	67.903	129.695	3,84	52,4
Marokko	71.639	52.242	123.881	3,67	42,2
Afghanistan	55.111	40.511	95.622	2,83	42,4
Irak	75.927	18.468	94.395	2,80	19,6
Libanon	40.060	29.753	69.813	2,07	42,6
Pakistan	30.034	19.317	49.351	1,46	39,1
Tunesien	22.859	20.671	43.530	1,29	47,5
Syrien	28.154	14.158	42.312	1,25	33,5
Algerien	13.948	5.843	19.791	0,59	29,5
Indonesien	11.054	1.761	12.815	0,38	13,7
Ägypten	10.258	5.755	16.013	0,47	35,9
Sonstige*			22.050		
ungeklärt**	3.204	4	3.208	0,10	0,1
Summe	2.375.045	1.001.578	3.376.623	100	29,7

\* Eritrea, Bangladesh, Sudan, Libyen, Jemen, Saudi-Arabien, Bahrain, Brunei, Daressalam, Katar, Kuwait, Oman, Vereinigte Arabische Emirate

\*\* Palästinensergebiete; eine Trennung von Guam ist nicht möglich

Eine Unterscheidung nach Glaubensrichtungen im Islam ergibt, dass neben rund 2,5 Millionen Sunniten knapp 645.000 Schiiten in Deutschland leben, die sich wiederum in 420.00 Aleviten und 222.900 iranische Imamiten und türkische Schiiten unterteilen lassen.

Neben Sunniten und Schiiten leben in Deutschland auch Aleviten, Imamiten und türkische Schiiten.

Kinder und Jugendliche machen etwa 26 % (850.000) aus (Zentralinstitut Islam-Archiv-Deutschland Stiftung e.V., 2005).

## 1.2 Organisation muslimischer Lebenswelt in Deutschland

Es wird gemeinhin geschätzt, dass von den 3,2 Millionen Muslimen in Deutschland etwa 1,5 Millionen offiziell durch sechs islamische Spitzenverbände abgedeckt werden, denen jedoch bislang die Anerkennung als Religionsgemeinschaft oder rechtliche Körperschaft verwehrt geblieben ist. Formal als Vereinsmitglieder registriert sind nach Angaben des Zentralinstituts Islam-Archiv-Deutschland knapp 400.000 von ihnen.

Von 3,2 Mio. in Deutschland lebenden Muslimen sind 1,5 Mio. offiziell in sechs islamischen Spitzenverbänden organisiert.

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

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

Die wesentlichen islamischen Organisationen in Deutschland sind:

- Türkisch-Islamische Union der Anstalt für Religion (DITIB),
- Islamrat für die Bundesrepublik Deutschland,
- Zentralrat der Muslime in Deutschland (ZMD),
- Verband der Islamischen Kulturzentren (VIKZ),
- Alevitische Gemeinde in Deutschland.

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

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

Ein nebengeordneter Aspekt der Organisationsformen der islamischen Bevölkerung Deutschlands besteht in erzieherischer Hinsicht. Der Bericht der Unabhängigen Kommission Zuwanderung aus dem Jahre 2001 hält hierzu fest, dass etwa 10 % der islamischen Eltern ihre Kinder (entspricht 185.000 Kindern) auf Koranschulen schicken.

Als nicht minder aufschlussreich für das Verständnis der muslimischen Lebenswelt in Deutschland erweist sich der Blick auf die Etablierung islamischer Kultur und Lebensweise in den Massenmedien:

92,5 % der türkisch-stämmigen Bevölkerung in Deutschland nutzen türkisches Fernsehen. Türkische Tageszeitungen erreichen eine Auflage von 250.000.

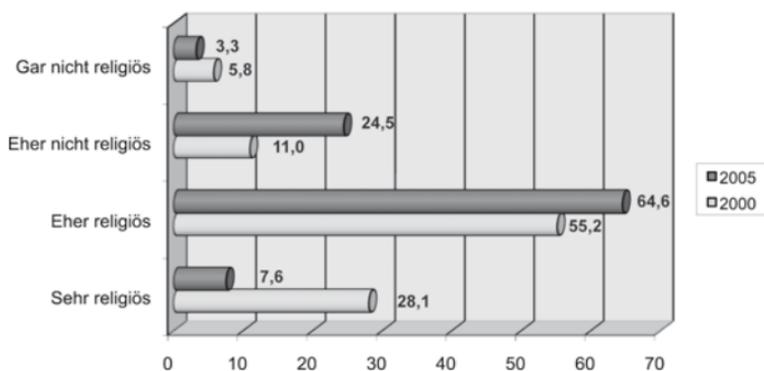
Fast 86 % der türkischen Haushalte haben die Möglichkeit, Sendungen in der Muttersprache über Satellit oder Kabel zu empfangen. Eine ganze Reihe von Studien, die mittlerweile zum Thema Fernsehnutzverhalten bei türkischstämmigen Migranten erschienen sind, zeigt, dass 92,5 % der türkischstämmigen Bevölkerung türkische Fernsehprogramme nutzt (Ates, Becker u. Calagan, 2003). Auch in der Türkei produzierte türkische Tageszeitungen finden hierzulande zahlreiche Leser und erreichen in einigen Fällen eine Auflage von bis zu 250.000 Exemplaren, die häufig durch Berichte über das Aufnahmeland ergänzt werden.

An dieser Stelle zeigt sich, wie stark bereits kulturelle Strukturen muslimischer Prägung in Deutschland verankert sind und wie engmaschig das Netz von Organisationen und Informationsträgern ist, das bei der Integration muslimischer Einwanderer ins Gesundheitssystem behilflich sein könnte.

### 1.3 Religiosität unter Muslimen in Deutschland

Als Muslim in den Statistiken geführt zu sein, muss nicht mit der Ausübung islamischer Glaubenspraxis einhergehen. Die Stiftung Zentrum für Türkeistudien hat hierzu in den Jahren 2000 und 2005 den subjektiven Grad der Religiosität unter Muslimen erfragt (Sen u. Sauer, 2006).

Ergebnis der Untersuchung ist, dass sich über 72 % der Befragten als »eher« bzw. als »sehr religiös« bezeichnen (vgl. Abb. 1).



**Abbildung 1:** Religiosität unter Muslimen

Will man »Religiosität« mit regelgeleiteter Praxis füllen, so bieten sich beispielsweise die Häufigkeit von Moscheebesuchen, das Fasten oder der Zakat, die Armensteuer, an. Hier zeigt sich, dass im Vergleich zum Jahr 2000 alle religiösen Praktiken (zum Teil erheblich) größeren Zuspruch erfahren. Tabelle 2 zeigt, wie viele Befragte welche Praxis »immer« – also in der vorgeschriebenen Häufigkeit – ausüben.

**Tabelle 2:** Religiöse Praxis unter Muslimen in Deutschland 2000 und 2005 in % (Sen u. Sauer, 2006)

Antworten für die Antwortkategorie »immer«		
	2005	2000
Fasten	74,3	62,2
Tägliches Gebet	34,9	23,5
Freitagsgebet	33,3	21
Feiertagsgebet	50,9	31
Zakat	77,4	59,3

Es lässt sich also durchaus sagen, dass Religiosität und religiöse Praxis ungebrochene und sogar zunehmend starke Anhängerschaft innerhalb der muslimischen Gemeinde Deutschlands erfahren. Dieser Umstand verleiht nicht zuletzt auch dem hier präsentierten Vorhaben, eine kultur-spezifische psychosoziale Versorgung anzubieten, weitere Relevanz.

## 1.4 Migration und Gesundheit

Migration, also das freiwillige oder unfreiwillige Verlassen der Heimat, stellt ein besonderes Stressmoment dar, das psychosoziale Krisen auslösen kann. Inzwischen ist die Literatur zum Themenkomplex »Migration und Gesundheit« stark angewachsen und hat die letzten Zweifel an der Vermutung ausgeräumt, dass ein Orts-, Kultur- und Gesellschaftswechsel nicht ohne Folgen für physische und psychische Gesundheit bleibt.

Migration löst nicht selten Stress aus und ist mit psychosomatischen Begleiterscheinungen verbunden.

Zu den migrationsspezifischen Stressoren gehören im Einzelnen:

- Trennungs- und Verlusterfahrungen (Entwurzelung),
- Heimweh,
- die Fragmentierung von Familienverbänden,
- Vereinsamung und Isolation,
- die Neudefinition von sozialen Rollen und sozialem Status sowie Identitätsfindungsprobleme,
- Anpassungsprobleme,
- juristische, ökonomische, kulturelle Verunsicherung.

Es versteht sich von selbst, dass diese Probleme in der Psychotherapie in dem Maße thematisiert werden müssen, in dem die Vermutung naheliegt, dass sie Auslöser der psychischen Beschwerden sind.

Zum Teil gehen diese Negativerfahrungen auf die zweite Generation über, die vielleicht selbst nicht mehr den Ortswechsel erlebt hat, die aber ungeachtet dessen in einem Zustand kultureller Ambivalenz sozialisiert wird. Weiterhin sind zahlreiche Faktoren bei der Migration zu unterscheiden, die die Negativwirkung unterschiedlich beeinflussen:

- Einreisealter der Migranten,
- Einreisemotiv (Verfolgung, Folter, freiwillige Einreise),
- Aufenthaltsstatus,
- Sprachkenntnisse,
- Bildungs- und Berufsstatus,
- geschlechtsspezifische Aspekte,
- Rassismus.

Auch ist zu beachten, in welcher Migrationsphase sich der Patient befindet. Wen-Shing Tseng (2001) zufolge läuft Migration in vier Phasen ab, wobei jede Phase mit besonderen psychischen Merkmalen einhergeht:

1. **Prämigration:**  
Idealisierte Vorstellungen des Ziellandes  
Unrealistische Sorgen und Ängste  
Generelle Unsicherheit
2. **Initiale Phase:**  
*(bis zu einem halben Jahr nach Einreise)*  
Euphorie  
Ablehnung  
Frustration
3. **Mittlere Migrationsphase:**  
*(3 bis 5 Jahre nach Einreise)*  
Wille zur Anpassung  
Psychologische Belastung durch Anforderungen des  
Gastlandes
4. **Letzte Migrationsphase:**  
*(bis zu 20 Jahren)*  
Integration und Akkulturation  
*Oder bei Nichtgelingen:*  
Chronifizierung von somatischen und/oder  
psychischen Beschwerden

Ungeachtet der individuell unterschiedlichen Situation von Migranten ist es mittlerweile zu einem Allgemeinplatz in der Ätiologieforschung geworden, dass migrationsspezifische Umstände im Allgemeinen zu einer verstärkten Anfälligkeit für psychosoziale Erkrankungen führen. In Anlehnung an Tsengs Vier-Phasen-Schema gilt eine solche Anfälligkeit besonders in der mittleren Migrationsphase.

Das deutsche Gesundheitssystem hat gerade in den letzten 15 Jahren aufgrund dieser Einsicht spürbare Anstrengungen unternommen, sich interkulturell und migrationspezifisch zu öffnen. Nichtsdestoweniger belegen auch neuere Studien, dass sowohl im medizinischen Bereich als

auch (und gerade) im oft nachgelagerten psychosozialen Versorgungsbereich eine systematische Fehl- bzw. Unterversorgung an der Tagesordnung ist. So schreiben Branik und Mulhaxha (2000):

»Die Hilflosigkeit unseres medizinischen Systems gegenüber ›somatisierenden‹ ausländischen Patienten dokumentiert sich u. a. in der manchmal abenteuerlichen Vormedikation mit einem Cocktail aus Psychopharmaka (ggf. nebst hochdosierter Schmerzmittel), der kaum ein psychiatrisches Zielsyndrom auslöst und jeden seriösen Psychiater schaudern lässt.«

Allzu oft treten diese Behandlungsdefizite als »Einverständnis im Missverständnis« auf, so dass sich die Problemschwere im Zeitverlauf potenziert und der Symptomatik, die sich in der stationären Psychotherapie schließlich offenbart, letztlich nur noch mit hoch frequentierter psychosomatischer Therapie begegnet werden kann. Der überdurchschnittlich hohe Schmerzmittelmissbrauch, der seit den 1980er Jahren insbesondere bei türkischen Patienten auffällig ist (Brucks, v. Salisch u. Wahl, 1987; Lindert et al., 2008), lässt sich aus genau diesem Sachverhalt heraus erklären.

Zu diesem Umstand kommt bei Asylbewerbern erschwerend hinzu, dass sich ihr Anspruch auf medizinische Versorgung lediglich auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt.

Was die Diagnostik und Behandlung bei Ausländern überdies erschwert, sind kulturelle Barrieren, die weit über das Sprachproblem hinausgehen. Im folgenden Kapitel werden die soziokulturellen und psychokulturellen Faktoren vorgestellt, die der Islam mit sich bringt und die Diagnostik, Behandlung und Heilung von muslimischen Patienten zu einer besonderen Herausforderung machen.

## 2 Die sozio- und psychokulturelle Dimension des Islam

### 2.1 Islam: Eine kurze Einführung

Der Islam (arab. »Ergebung im Glauben«) ist die jüngste der monotheistischen Weltreligionen (entstanden im 7. Jahrhundert nach Christus). Mit rund 1,2 Milliarden Anhängern ist sie nach dem Christentum die zweitgrößte Religion, hingegen die gegenwärtig am stärksten anwachsende.

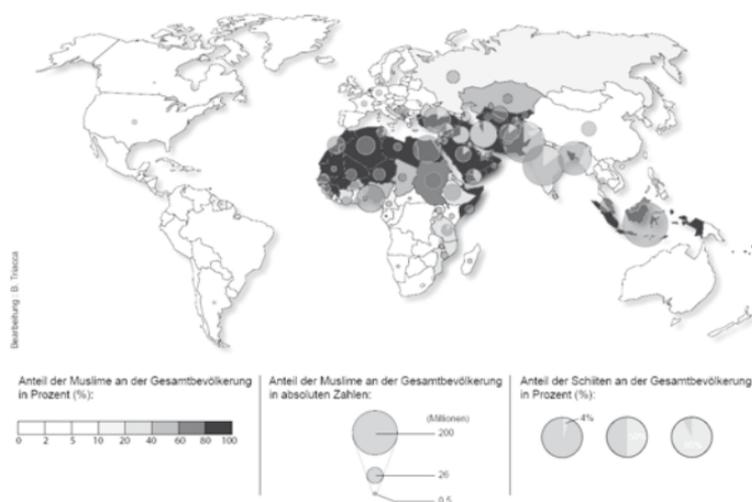
Der Islam ist die jüngste, aber auch die am stärksten wachsende monotheistische Weltreligion.

In 40 Staaten ist sie als Staatsreligion verankert. Die territoriale Ausdehnung erstreckt sich von Indonesien über Mittelasien, den Kaukasus und Nahen Osten bis zum Maghreb in Nordafrika.

In Europa leben etwa 35 Millionen Muslime. Die regionale Verteilung im globalen Maßstab wird in Abbildung 2 ersichtlich.

Mit einem Anteil von 90 % innerhalb der islamischen Glaubensgemeinde repräsentiert die Konfessionsgruppe der Sunniten ihrem Selbstverständnis nach die islamische Orthodoxie. Weitere Gruppen stellen die Schiiten (hauptsächlich in Iran; sie unterscheiden sich im Wesentlichen

durch eine von den Sunniten abweichende Interpretation der Nachfolge Mohammeds) und die Sufis (eine mystische Schule, die mit dem islamischen Mönchtum verbunden ist und vor allem in Süd- und Südostasien starken Einfluss besitzt). Abbildung 3 fokussiert den Nahen und Mittleren Osten sowie Zentralasien, die historisch am frühesten muslimisch geprägten Regionen.



**Abbildung 2:** Der Islam in der Welt (Pew Forum on Religion & Public Life, 2009)

»Mit ›Muslime in der Psychotherapie‹ haben Hamid Rezapour und Mike Zapp nicht nur den Bedarf an einem kultursensiblen Ratgeber erkannt. Sie haben auch ein informationsreiches Handwerkszeug vorgelegt. Die Autoren geben einen fundierten Überblick über zentrale Themen wie muslimische Sozialisierung, spezifische Ausprägungsformen psychischer und psychosomatischer Störungen sowie typische Probleme bei der Psychotherapie von muslimischen Patienten. Den kultursensiblen Ratgeber kann ich allen Fachkräften empfehlen, die an einem kompetenten Umgang mit Migranten aus muslimischen Kulturkreisen interessiert sind.«

Prof. Renaud van Quekelberghe

## Die Autoren

Dr. phil. Hamid Rezapour, Psychologischer Psychotherapeut, Verhaltenstherapeut, arbeitet in eigener Praxis in Pirmasens.

Mike Zapp, Diplom-Sozialwissenschaftler, ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachbereich Erziehungswissenschaften, Arbeitsbereich Interkulturelle Bildung, an der Universität Koblenz-Landau.

ISBN 978-3-525-40172-9



[www.v-r.de](http://www.v-r.de)